



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
NÚCLEO DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

MARIA IVANILDES SILVA DE AZEVEDO

**HABILIDADES SOCIAIS, QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA EM  
PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NO CAPS II -  
MUNICÍPIO DE PORTO VELHO-RO**

Porto Velho - RO

2015

MARIA IVANILDES SILVA DE AZEVEDO

**HABILIDADES SOCIAIS, QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA EM  
PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NO CAPS II -  
MUNICÍPIO DE PORTO VELHO-RO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado Acadêmico em Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa

**Linha de Pesquisa:** Psicologia da Saúde e Processos Psicossociais.

Porto Velho - RO

2015

© by Maria Ivanildes Silva de Azevedo, 2015. AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTEPIRES**

A994h

Azevedo, Maria Ivanildes Silvade.

Habilidades sociais, qualidade de vida e prevalência em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo no CAPS II – Município de Porto Velho-RO / Maria Ivanildes Silva de Azevedo. - Porto Velho, Rondônia, 2015.

115f.

Orientador: Prof. Dr. Fabio BiasottoFeitosa

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia –UNIR.

1. Habilidades Sociais. 2. Qualidade de vida. 3. Transtorno obsessivo-compulsivo. I. Feitosa, Fabio Biasotto. II. Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR. III. Título.

CDU:159.9:616.891.7

**Bibliotecária Responsável: Edoneia Sampaio CRB11/947**


**MARIA IVANILDES SILVA DE AZEVEDO**

**HABILIDADES SOCIAIS, QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA EM  
PACIENTES COM TRANSTORNOS OBSESSIVO-COMPULSIVO NO CAPS  
II- MUNICÍPIO DE PORTO VELHO-RO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Psicologia (MAPSI) da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

  
**Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa**  
Presidente (orientador)  
Mestrado Acadêmico em Psicologia - MAPSI/UNIR

  
**Prof. Dr. Tomás Daniel Menéndez Rodriguez**  
Membro externo  
Mestrado Profissional em Administração – PPGMAD/UNIR

  
**Profa. Dra. Maria Alice Simões de Mathis**  
Membro externo  
PROTODOC/FMUSP

Dedico a Deus, aos meus pais pela vida, aos meus irmãos, amigos e em especial aos meus filhos Thales Azevedo de Cantai e ThaísaYanla Azevedo de Cantai, suas existências ampliam o sentido da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) pelo Mestrado em Psicologia.

A todos os professores do Programa (MAPSI/UNIR), que efetivamente contribuíram para o meu aprendizado e formação acadêmica.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa pelas orientações sempre educada, coesa, generosa e assertivas, componentes importantes para a minha caminhada nesse mestrado.

Ao Prof. Dr. ClaridesHenrich de Barba pela disponibilidade e apoio incondicional nos momentos difíceis.

Ao Prof. Dr. Tomás Daniel Menendez Rodriguez por sua atenção e carinho nos ensinamentos da análise estatística.

A todos os funcionários do CAPS II pela acolhida e aquiescência na realização da pesquisa.

A todos os amigos que construí no decorrer do mestrado (MAPSI)com os quais aprendi tanto, em especial aos amigos Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos e Gisele Caroline minha eterna gratidão.

Ao meu amor Gilberto Juazeiro pelas incontáveis horas que dedicou a me ajudar a concluir essa jornada. Minha gratidão eterna à sua generosidade, carinho e amor.

Aos meus filhos Thales Azevedo de Cantai e ThaísaYanla Azevedo de Cantai que tanto se esforçaram para compreender minhas ausências para dedicar-me ao estudo e ao trabalho.

A todos os voluntários que, seja por meio do seu prontuário, ou seja, por sua participação ativa nas entrevistas, sem receber qualquer benefício, colaboraram para a realização desta pesquisa.

“Pedras no caminho”? Guardo todas,  
um dia vou construir um castelo...”  
(Fernando Pessoa)

AZEVEDO, Maria Ivanildes da Silva. Habilidades Sociais, Qualidade de Vida e Prevalência em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo no CAPS II – Município de Porto Velho-RO 2015. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, 2015.

## RESUMO

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico heterogêneo que pode se apresentar por meio de uma grande variedade de sintomas. Foi considerado pela Organização Mundial da Saúde como a 10ª causa de anos vividos com sofrimento psíquico, gerando incapacidade e por consequência prejuízos na qualidade de vida das pessoas acometidas desse transtorno. Este estudo teve como objetivo investigar as Habilidades Sociais (HS) qualidade de vida e prevalência em pacientes com TOC no CAPS II do município de Porto Velho/RO. Dessa maneira, foram realizados dois estudos: o primeiro teve delineamento documental onde foram analisados 498 prontuários, com a finalidade de verificar a prevalência de pacientes que receberam diagnóstico de TOC quando atendidos pela equipe multidisciplinar. O segundo estudo foi caracterizado pela participação de 03 pacientes (sendo duas mulheres e um homem com idade entre 18 e 28 anos), que foram identificados no primeiro estudo, onde se analisou a utilização das HS e o impacto na qualidade de vida dos sujeitos. Para tanto se utilizou uma ficha de identificação dos participantes e instrumentos formais tais como: (IHS – inventário de HS), Whoqol/abreviada (OMS), o Inventário de Obsessão-compulsão (IOCR) e duas entrevistas semiestruturadas em horários previamente agendados. Os resultados encontrados no primeiro estudo apontam para uma prevalência de 0,6% em relação ao TOC. Os resultados do segundo estudo referiram que o baixo repertório de HS promove intenso sofrimento psíquico, caracterizado pela baixa estima e sentimentos de inadequação, temor de ser descoberto e medo de contaminação chegam a impossibilitar a procura de tratamentos adequados e até mesmo atividades laborais. Todos relataram considerar uma situação geradora de estresse a exposição em ambientes públicos tais como recepções de consultórios, responder perguntas e falar em público. Somente uma participante estava em atividade profissional. Os relatos a respeito dos enfrentamentos (*coping*) referiram-se a situações em que poderiam planejar estratégias antecipatórias com objetivo de atenuar o estresse causado pela exposição como, por exemplo: assegurar-se de que não seriam descobertos ao entrar em lugares públicos e poder escolher um lugar “seguro” para sentar-se. Houve um consenso de que o ambiente doméstico se constitui um “lugar seguro” para todos os participantes, o que pode desencadear de certa maneira uma acomodação familiar.

**Palavras-chave:** Habilidades Sociais. Qualidade de Vida e Prevalência em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Stress.



AZEVEDO, Maria Ivanildes da Silva. Social Skills, Quality of Life and prevalence in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder in CAPS II - City of Porto Velho - RO. 2015. 115 f. Dissertation (Master) - Department of Psychology, Federal University of Rondonia, Porto Velho, RO, 2015.

### **ABSTRACT**

The Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a heterogeneous psychiatric disorder that can be presented through a wide variety of symptoms. It was considered as the 10<sup>th</sup> cause of years that are spent with psychic pain by the World Health Organization. It thus causes incapacity and consequently losses in the quality of life in people affected by this disorder. This study aimed to investigate the social skills, quality of life and prevalence among patients with OCD at CAPS II of the municipality of Porto Velho/RO. Accordingly, two studies were held: the first had a documentary review through which 498 records were analyzed, aiming to verify the prevalence of patients who were diagnosed with OCD when assisted by the multidisciplinary staff. The second study was characterized by the participation of 03 patients who were identified in stage 1 of this research (2 women and 1 man between 18 and 28 years old). The use of SS (Social Skills) and its impact of their quality of life were analyzed. For this reason, an identification form of the participants was used as well as formal instruments, such as: SSI- Social Skills Inventory, WHOQOL-bref (WHO), the Obsessive-Compulsive Inventory (OCI) and two semi-structured interviews that were previously scheduled. The results found in the first study point out a prevalence of 0.6% to OCI. The results of the second study implied that the low repertoire of social skills (ss) provokes intense psychic pain characterized by: low self esteem, feelings of inadequacy, fear of being discovered and fear of contamination. These can hinder the pursuit of appropriate treatments or even labor activities. All reported that they consider being exposed to public places like reception rooms of clinics, answering questions and speaking in public as stress-producing situations. Only one of the participants was committed to a professional activity. The reports concerning coping were referred to situations in which they could plan anticipatory strategies in order to decrease the stress caused by exposure, such as: making sure they won't be discovered, being able to choose a "safe" place to sit when in public places. There was a consensus that the domestic environment constitutes a safe place for all the participants, which can cause a familiar conformation in a way or another.

**Keywords:** Social Skills. Quality of Life and Prevalence in Patients with Obsessive-Compulsive

## LISTA DE ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica da América
HS	Habilidades Sociais
IOCR	Inventário de Obsessão-Compulsão
MAPSI	Mestrado Acadêmico em Psicologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Self-Administered Questionnaire
ST	Síndrome de Tourette
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Bipolar Afetivo
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TM	Transtornos Mentais
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UC	Unidade de Contexto
UNIR	Fundação Universidade Federal de Rondônia
UR	Unidade de Registros
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Group
Y-BOCS	Escala Yale Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por Gênero.....	50
Gráfico 2 - Estado Civil.....	51
Gráfico 3 - Distribuição por faixas de idade.....	51
Gráfico 4 - Escolaridade .....	52
Gráfico 5 - Prevalência dos Transtornos Mentais (CAPS II- Porto Velho - RO) .....	54
Gráfico 6 - Prevalência dos Transtornos Mentais Agrupados por comorbidades .....	54
Gráfico 7 - Resultados da WHOQOL-ABREVIADA.....	67
Gráfico 8 - Mantenho da mesma forma o que dá certo .....	98
Gráfico 9 - Verifico as coisas mais vezes que o necessário .....	98
Gráfico 10 - Aborreço-me se os objetos não forem organizados .....	98
Gráfico 11 - Sinto-me obrigado a contar quando estou fazendo as coisas .....	99
Gráfico 12 - É difícil tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos .....	99
Gráfico 13 - Tenho dificuldade em controlar meus próprios pensamentos.....	99
Gráfico 14 - Junto coisas que não preciso .....	100
Gráfico 15 - Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas.....	100
Gráfico 16 - Aborreço-me se os outros mudam a forma como organizo as coisas .....	101
Gráfico 17 - Sinto que tenho que repetir determinados números .....	101
Gráfico 18 - Às vezes tenho que me lavar porque me sinto contaminado .....	101
Gráfico 19 - Aborreço-me pelos pensamentos desagradáveis que tenho contra minha vontade .....	102
Gráfico 20 - Evito jogar coisas fora porque fico com medo de que eu possa precisar delas ..	102
Gráfico 21 - Verifico repetidamente gás, torneiras e interruptores após tê-los desligado.....	102
Gráfico 22 - Necessito que as coisas sejam organizadas em uma ordem particular .....	102
Gráfico 23 - Sinto desconforto quando me deparo com determinados números.....	104
Gráfico 24 - Lavo minhas mãos mais do que o necessário .....	104
Gráfico 25 - Frequentemente começo pensamentos indecentes dos quais é difícil livrar-me	104

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Domínios e facetas do WHOQOL- abreviado .....	45
Tabela 2 - Dados descritivos sobre repertório de Habilidades Sociais (Sujeito 1).....	62
Tabela 3 - Resultados do Inventário de HS (Sujeito2) .....	62
Tabela 4 - Resultados do Inventário de HS (Sujeito 3) .....	62

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição comparativa entre os dados encontrados no CAPS II – Porto Velho com dados da literatura nacional .....	57
Quadro 2 - IORC – Inventário de Obsessão-Compulsão (Sujeito 1) .....	64
Quadro 3 - IORC – Inventário de Obsessão-Compulsão (Sujeito 2) .....	65
Quadro 4 - IORC – Inventário de obsessão-compulsão (Sujeito 3) .....	66
Quadro 5 - Habilidades Sociais (Sujeito 1) .....	70
Quadro 6 - Qualidade de Vida (Sujeito 1) .....	70
Quadro 7 - TOC (Sujeito 1) .....	71
Quadro 8 - Habilidades Sociais (Sujeito 2) .....	73
Quadro 9 - Qualidade de Vida (Sujeito 2) .....	74
Quadro 10 - TOC (Sujeito 2) .....	74
Quadro 11 - Habilidades Sociais (Sujeito 3) .....	76
Quadro 12 - Qualidade de Vida (Sujeito 3) .....	77
Quadro 13 - TOC (Sujeito 3) .....	77

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
2.1 TOC DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA .....	19
2.2 TOC, QUALIDADE DE VIDA E RELAÇÕES INTERPESSOAIS .....	23
2.3 TOC E HABILIDADES SOCIAIS .....	26
2.4 TOC, SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA .....	28
2.5 MODELO CONCEITUAL DE ESTRESSE E ADAPTAÇÃO SOCIAL DE LAZARUS	32
2.6 O LUGAR DA AVALIAÇÃO COGNITIVA NA TEORIA DO ESTRESSE .....	34
2.7 CONCEITO DE COPING.....	36
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>38</b>
3.1 ESTUDO I.....	38
3.1.1 Método.....	38
3.1.2 Local.....	38
3.1.3 Material de análise.....	39
3.1.4 Critérios de Inclusão .....	39
3.1.5 Critérios de Exclusão .....	39
3.1.6 Instrumentos e Procedimentos da coleta de Dados .....	39
3.2 ESTUDO II.....	40
3.2.1 Método.....	40
3.2.2 Local.....	40
3.2.3 Participantes .....	40
3.2.4 Critérios de Inclusão .....	40
3.2.5 Critérios de Exclusão .....	41
3.2.6 Instrumentos e Procedimentos da Coleta de Dados .....	41
3.2.7 Análise dos dados.....	46
3.2.8 Procedimentos Éticos Legais .....	49
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
4.1 RESULTADOS DO ESTUDO I .....	50
4.1.1 Caracterização da amostra quanto ao gênero .....	50
4.1.2 Caracterização da amostra quanto ao estado civil.....	51
4.1.3 Quanto à faixa etária.....	51
4.1.4 Quanto à escolaridade.....	52
4.1.5 Prevalências dos transtornos mentais documentados no estudo I .....	52
4.1.6 Discussão do Estudo I.....	55
4.2 RESULTADOS DO ESTUDO II: OS CASOS ANALISADOS .....	61
4.2.1 Resultados descritivos do IHS, Inventário de Obsessão-Compulsão, WHOQOL- abreviado e respostas das entrevistas .....	61
4.2.2 Resultados descritivos do Inventário de Obsessão-Compulsão (IOC-R) .....	63
4.2.3 Resultados e análise descritivas da WHOQOL-abreviado .....	67
4.2.4 Discussão qualitativa do IHS-Dell Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e Análise de conteúdo das respostas das entrevistas realizadas .....	68
4.2.4.1 Análise e discussão qualitativa do IHS-Dell Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e respostas das entrevistas do sujeito 1 .....	70
4.2.4.2 Análise e discussão qualitativa do IHS-Dell Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e respostas das entrevistas do sujeito 2 .....	73

<i>4.2.4.3 Análise e discussão qualitativa do IHS-Dell Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e respostas das entrevistas do sujeito 3</i> .....	76
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	79
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	83
<b>APÊNDICES</b> .....	91
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	92
APÊNDICE B - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO .....	94
APÊNDICE C - Roteiro da Entrevista Inicial – LARIS/UNIR.....	95
APÊNDICE D - Roteiro da Entrevista Específica – TOC.....	96
APÊNDICE E - RESULTADOS DO INVENTÁRIO DE OBSESSÃO-COMPULSÃO (IOCR).....	98
<b>ANEXOS</b> .....	105
ANEXO A - WHOQOL-ABREVIADO .....	106
ANEXO B -PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	110

## 1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida e a funcionalidade diária são aspectos que sofrem grande impacto no cotidiano das pessoas com TM (transtornos mentais), produzindo sofrimento psíquico em todos os envolvidos, familiares e a sociedade como um todo (KARAM, 2014).

Os transtornos mentais acarretam prejuízos sobre o funcionamento global na vida das pessoas acometidas. Em geral esses pacientes não recebem tratamento adequado, aumentando o risco para outros problemas, como abuso de substâncias, criminalidade, desemprego, mortalidade, dificuldades na educação dos filhos e cronicidade dos TM na vida adulta.

Estimativas atuais da Organização Mundial de saúde (OMS, 2013) referem que cerca de 700 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de TM, neurológico e/ou comportamental. Os TM representam 13% do total de todas as doenças do mundo e um terço das patologias não transmissíveis (BELLETTINI; GOMES, 2013).

Um estudo realizado pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE) da OMS revelou que, dentre os países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de TM na população adulta de 15-59 anos (REIS et al., 2013).

A escolha em estudar as Habilidades Sociais, Qualidade de Vida e Prevalências do Transtorno Obsessivo-Compulsivo foi suscitada a partir das experiências vivenciadas no decorrer da minha prática clínica há mais de 15 anos.

Durante esses anos, observei uma demanda significativa de pacientes com sintomas de TOC que procuravam atendimento psicoterápico, muitas vezes, como um último recurso na busca do alívio de seu sofrimento psíquico. A maioria destes expressava seu sofrimento a partir do momento em que se percebiam diferentes das pessoas de seu meio social, mas não sabiam o que causava tal desconforto. Escassos eram os pacientes que tinham passado por atendimento psiquiátrico e recebido o diagnóstico de TOC. Na prática clínica, a maioria dos pacientes chegam com queixa de ansiedade ou depressão ou até mesmo queixas mistas de ansiedade e depressão, o que favorece os subdiagnósticos.

Nesse sentido, encontrei suporte no parecer de Rodrigues-Salgado et al. (2006), em estudo sobre qualidade de vida percebida no TOC, para a hipótese de que tradicionalmente acreditava-se que tal transtorno era incomum e que tais pacientes com esse diagnóstico eram relutantes em revelar os sintomas de TOC em consultas médicas. Outra hipótese também concebida pelos mesmos autores foi a de que o TOC pode não ser um transtorno extremamente prevalente, mas tem uma relevância clínica alta. Sua importância jaz no seu impacto profundo na vida dos pacientes e suas atividades diárias.



O TOC promove a diminuição da autoestima e do bem-estar subjetivo, interferindo negativamente na vida estudantil, profissional, familiar, afetiva e social, por consequência, seus portadores apresentam menos conquistas acadêmicas, menores aspirações de carreira, dificuldades de relacionamentos, menos amigos, menor capacidade para apreciar atividades de lazer, além dos custos indiretos para a família e a sociedade. Em casos de pacientes graves, pode existir dificuldade ou incapacidade completa para atividades diárias rotineiras e em alguns casos estes podem ficar totalmente presos em casa, em função de comportamentos de esquiva aos estímulos temidos (TORRESAN et al., 2008).

A demora em procurar atendimento especializado se deve em grande parte ao desconhecimento da doença, dificuldade por parte do próprio paciente, dos seus familiares e dos profissionais da saúde em reconhecer os sintomas do TOC (MIGUEL et al., 2008).

Com reflexões semelhantes Vivanet al. (2013) realizaram um estudo com 2.323 alunos de ensino médio, na região sul do Brasil, que mostrou uma prevalência pontual de TOC de 3,3%. A prevalência nas adolescentes do sexo feminino foi maior e com depressão associada, enquanto os adolescentes do sexo masculino apresentaram mais transtornos de tique. Os autores discutem que o TOC é um transtorno comum em adolescentes, mas poucos recebem tratamento para a doença. Esse resultado reflete uma realidade brasileira, que além de apresentar poucos estudos do TOC em adolescentes, também evidenciou a raridade das pesquisas de prevalência com jovens adultos.

Outra abordagem sobre essa questão vem do estudo de Oliveira et. al. (2012) que realizaram uma pesquisa de caráter retrospectivo e exploratório em instituição psiquiátrica com o objetivo de caracterizar os pacientes acometidos por TOC quanto ao sexo, idade, proveniência, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora da internação. A amostra foi constituída por 61 pacientes sendo predominante o sexo feminino (47 - 77%), a faixa etária acima de 41 anos (41 - 67%), provenientes da própria família (31 - 50,8%) e o tempo de internação de 30 dias (33 - 54,1%). A alta médica foi a mais frequente (51 - 83,6%), houve prevalências similares entre as primeiras internações (30 - 49,2%) e reinternações (31 - 50,8%); o principal financiador das internações hospitalares foi Sistema Único de Saúde (54 - 88,5%). Ações que visem diagnosticar precocemente o transtorno devem ser desenvolvidas para que o tratamento seja prontamente iniciado, a fim de evitar o agravamento de obsessões e compulsões.

Dessa maneira, identificar as prevalências dos transtornos mentais, bem como fatores de vulnerabilidade e de proteção, pode auxiliar no delineamento de políticas de saúde, na

distribuição de recursos, na prevenção e no tratamento de casos diagnosticados (ANSELMÍ et al., 2008).

Os estudos de prevalência definidos por Del Porto et al. (1994) são pesquisas descritivas populacionais mais amplamente difundidas e publicadas em epidemiologia. Neste tipo de delineamento, se obtém a frequência de ocorrência dos eventos de saúde numa população em um ponto no tempo ou em um curto espaço de tempo. São também conhecidos como estudos transversais que possibilitam também investigar associações entre fatores de risco e doença.

Estudos de prevalência são frequentemente usados para planejamento em saúde pública e como etapa inicial (linha de base) para avaliar programas de controle. São também utilizados na seleção de participantes para outros estudos como caso controle, coorte e ensaios clínicos (ESTUDOS DE PREVALÊNCIA, 2015).

Desse modo, a inserção no mestrado acadêmico pelo MAPSI/UNIR, oportunizou-me estudar de maneira mais sistemática e acurada esse transtorno, desafiador para os profissionais que atuam junto a essa demanda, seja na clínica pública ou privada, para os familiares envolvidos e principalmente para os pacientes, em razão do comprometimento e prejuízos acarretados na vida afetivo-social.

Ao conhecer a prevalência de tais transtornos nos serviços públicos de saúde, como é nosso caso, o CAPS II Porto Velho - RO nos será permitido mapear os casos atendidos e poderá possibilitar estudos ampliados acerca dos tratamentos mais adequados para cada tipo de transtorno, levando em consideração a complexidade de sintomas que cada um apresenta o que demanda a necessidade de profissionais, que além de especializados pactuem de uma visão ampliada sobre o sujeito e sua doença como um todo.

Segundo Mitsi, Silveira e Costa (2004) pacientes com TOC apresentam maiores níveis de ansiedade social, o que agrava o sofrimento psíquico nas pessoas portadoras do transtorno em razão do estresse gerado pelas demandas de enfrentamento social a que essas pessoas são submetidas na vida cotidiana. Os mesmos autores enfatizam que quanto maior a presença de TOC mais ansiedade e maiores dificuldades no repertório das HS.

A esse respeito, a faixa de idade escolhida para este estudo, situou-se entre 18 e 28 anos de idade e deve-se ao fato de se constituir numa fase de intensa construção, seja estudantil em busca de uma formação, seja trabalhando na busca de suas realizações. É um período do desenvolvimento onde a transição da organização subjetiva individual e social envolve o convívio nas relações sociais, onde o estresse derivado desse convívio pode aumentar ou diminuir de acordo com o repertório de enfrentamento (coping) de cada um.

Essas dificuldades ocorrem porque o contato social é percebido como ameaçador, produzindo, assim, os comportamentos de esquivas e até mesmo isolamento social.

No decorrer desta dissertação mencionaremos o conceito de HS também na visão de Del Prette, Del Prette e Caballo, embora o enfoque para as análises de conteúdo será realizado, também, à luz da teoria transacional de Lazarus e Folkman (1984).

Na teoria transacional de Lazarus e Folkman, as HS facilitam a resolução de problemas em conjunto com outras pessoas, favorecem a conquista da cooperação e apoio e conferem à pessoa mais controle sobre as interações sociais.

Dessa maneira, esta pesquisa justifica-se pela relevância em conhecer o sofrimento psíquico de pacientes com diagnóstico de TOC e visa investigar as suas relações com as HS e pode fornecer dados significativos a respeito do impacto dos possíveis déficits na vida desses sujeitos.

A contribuição está na investigação a respeito do entendimento sobre o sofrimento psíquico em pacientes com TOC e como estes vivenciam suas experiências no cotidiano, podendo também recomendar a inserção do treinamento de HS como parte integrante das terapias para pacientes diagnosticados com o referido transtorno. O tema apresenta, assim, implicações para a área da saúde mental e saúde coletiva.

Nesse sentido, buscando conhecer a realidade vivenciada por esses pacientes atendidos no CAPS II - Porto Velho – RO, apresentam-se as seguintes questões norteadoras desta pesquisa:

- Qual seria a prevalência de TOC no CAPS II de Porto Velho – RO?
- Quais dificuldades relacionadas às HS e à QV seriam apresentadas pelos pacientes do CAPS II – Porto Velho – RO diagnosticados com TOC?
- De que maneira os pacientes do CAPS II - Porto Velho - RO enfrentam ou não suas demandas sociais diárias e estressantes, frente ao sofrimento psíquico derivado do TOC?
- Como estes pacientes vivenciam as HS em seu contexto de vida diária e como avaliam sua QV?

Nesse sentido, nossas hipóteses foram:

- a) Pacientes com TOC que apresentam baixo repertório nas HS apresentam elevado sofrimento psíquico no contexto da vida cotidiana;
- b) Quanto mais a presença de sintomas de TOC ocorrem, maiores dificuldades na vida social.
- c) Pacientes com TOC que vivenciam as HS com mais frequência no contexto da vida diária apresentam maior perspectiva positiva em relação à QV;

Deste modo, esta pesquisa teve como objetivo geral:

- Investigar as HS, QV e prevalência em pacientes com TOC no CAPS II – Município de Porto Velho - RO.

Os objetivos específicos foram:

- Prover os primeiros dados de prevalência do TOC em uma unidade de saúde mental (CAPS II – Porto Velho – RO);

- Analisar as demandas interpessoais do cotidiano de pacientes com TOC no que se refere à utilização de HS em seus contextos de qualidade de vida diária.

Para alcançar estes objetivos, a pesquisa foi constituída em duas etapas. Na primeira foi realizada uma pesquisa documental para obter a prevalência de casos de TOC atendidos nessa unidade de serviço mental. No item 4 (resultados e discussões) essa Dissertação apresenta uma tabela com a descrição pormenorizada das prevalências dos TM encontrados no estudo documental no CAPS II – Porto Velho- RO, incluindo o TOC.

A partir dos resultados alcançados e obtidos sobre a prevalência, os pacientes identificados foram convidados a participar da segunda parte denominada estudo II.

Essa etapa consistiu-se em solicitar dos participantes seu Consentimento Livre e Esclarecido, explicando detalhadamente as razões e procedimentos da pesquisa que consistia em realizar, num primeiro momento (em sessões distintas), dois roteiros de entrevistas: o primeiro com foco nos aspectos afetivo-sociais, orgânicos e trabalho e o segundo com entrevistas focadas no TOC. No momento seguinte, houve um encontro para a aplicação dos instrumentos formais: IHS – Inventário de HS, Inventário de Obsessão-Compulsão (IOC-R) e a WHOQOL-abreviado (questionário de QV).

Após a realização das entrevistas e aplicação dos instrumentos formais, realizou-se a análise quantitativa e qualitativa dos resultados, bem como a análise de conteúdo das entrevistas com os pacientes, segundo as concepções de L. Bardin (2002), mostrando os dados sistematizados e analisados para, enfim, fazermos nossas considerações finais acerca dos resultados alcançados.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, será apresentada uma revisão da literatura atual, possibilitando uma visão do estado da arte sobre o problema pesquisado. A revisão de literatura tem como objetivo fundamentar e nortear o estudo realizado.

### 2.1 TOC DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA

O TOC é um transtorno psiquiátrico heterogêneo que pode se apresentar por meio de uma grande variedade de sintomas (OMS, 1993). Segundo Oliveira (2010), o TOC se mostra tão ou mais incapacitante que muitas doenças graves, inclusive entre as doenças mentais.

A CID-10 define TOC como um TM que é especificado por pensamentos obsessivos ou atos compulsivos recorrentes. O TOC para a CID-10 está dentro dos transtornos de ansiedades. A CID-10 completa o exposto ao considerar que este transtorno é comum em homens e mulheres e frequentemente há aspectos anancásticos proeminentes na personalidade de base (OMS, 1993).

A CID-10 ainda em sua taxonomia lista dentro do F42 (propriamente dito como TOC), outras ramificações como predominantemente pensamentos obsessivos ou ruminções (F42.0), predominantemente atos compulsivos (F42.1), pensamentos e atos obsessivos mistos (F42.2), outros transtornos obsessivo-compulsivos (F42.8) e transtorno obsessivo-compulsivo, não especificado (F42.9). No decorrer da pesquisa utilizaremos a CID-10 como referência em razão dela ser utilizada pelos médicos como código para diagnóstico dos pacientes atendidos no CAPS II - Porto Velho - RO.

Já o DSM-V, (2014) define o TOC como caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.

O TOC e os transtornos relacionados ao TOC são: transtorno dismórfico corporal, transtorno de acumulação, tricotilomania (transtorno de arrancar os cabelos), transtorno de escoriação (skin picking), transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamentos, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado e transtorno obsessivo-compulsivo não especificado (p. ex., transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo, ciúme obsessivo).

Há diferenças importantes nos validadores diagnósticos e nas abordagens de tratamento entre esses transtornos. O DSM IV mencionava as relações íntimas entre os transtornos de ansiedade e alguns transtornos obsessivo-compulsivos. Atualmente o TOC é referenciado como possuindo uma nosologia própria.

O curso do TOC geralmente é crônico e, se não tratado, mantém-se por toda vida, raramente desaparecendo por completo (APA, 1994). Esse transtorno provoca desconforto pelo tempo que toma e pelas atitudes que leva o paciente a executar ou evitar, comprometendo as rotinas diárias, o desempenho profissional e as relações interpessoais.

De acordo com Silva et al. (2011) o TOC é um tipo de desordem de ansiedade que geralmente acomete pessoas que pensam excessivamente acerca das circunstâncias de suas vidas. Os pensamentos frequentemente são constituídos de crenças distorcidas acerca da realidade, como por exemplo, acreditar que está acometido por algum tipo de doença contagiosa quando na verdade não está. Segundo os mesmos autores, algumas das desordens obsessivas típicas incluem o medo de sujeiras, germes ou contaminação, execução de atos de violência contra outras pessoas, sentimentos de responsabilidade pela segurança de outras pessoas, medo de atropelar pedestres na rua, sentimento de religiosidade excessiva e pensamentos sexuais intensos.

Dentre as compulsões mais comuns estão os rituais de limpeza excessiva, como lavar as mãos ou a própria casa, tocar, contar, organizar e acumular objetos. A prática dessas ações gera uma sensação de satisfação que é temporária e em pouco tempo a pessoa sentirá necessidade de agir da mesma maneira (DSM-V, 2014; FONTENELLE; MARQUES; VERSIANI, 2002).

Silva et. al. (2011) mencionam que comumente pessoas que possuem TOC tentam ocultar os pensamentos obsessivos através de rituais e de ações comportamentais executadas repetidamente, pois acreditam que estas ações protegerão suas mentes desses pensamentos irrealis que consideram inaceitáveis. A heterogeneidade dos sintomas do TOC segundo os mesmos autores dificultam estabelecer uma entidade nosológica unitária. Essa é uma discussão atual e que necessitará de um olhar atento dos profissionais da saúde mental.

Os estudos acerca do TOC comumente separam os sujeitos em grupos de pacientes com o transtorno e indivíduos saudáveis não considerando as particularidades existentes entre os sintomas-base (MATAIX-COLS; ROSÁRIO-CAMPOS; LECKMAN, 2005). A constituição de uma subtipagem do TOC usando-se vários conteúdos das obsessões e compulsões ainda é um desafio que promete revelar aspectos importantes no entendimento da doença e no planejamento terapêutico (FERRÃO et al., 2004).

O TOC tem a mesma prevalência em homens e mulheres e na maioria dos casos se inicia na infância ou no começo da vida adulta (OMS, 2008), sendo o surgimento mais precoce em meninos, entre os 6 e os 15 anos, do que nas meninas, nas quais ocorre mais frequentemente dos 20 aos 29 anos (APA, 1994). As taxas de prevalência podem variar ainda de acordo com o país estudado (DE MATHIS, 2011).

Os estudos de Diniz et al. (2012) e Torres e Lima (2005) apontaram uma prevalência-ponto<sup>1</sup> estimada em aproximadamente 1% e de 2% a 2,5% na vida, em diferentes populações, causando impacto significativo na vida desses indivíduos. Diniz et al. (2012) em revisão de literatura entre associação de TOC e TAS referiu que a ansiedade é um componente importante da psicopatologia do TOC. Até o momento, a maioria das intervenções que provaram ser eficazes para o tratamento de TOC é semelhante às aquelas desenvolvidas para outros transtornos de ansiedade. No entanto, estudos que investigam a neurobiologia do TOC chegaram à conclusão que nem sempre são compatíveis com aquelas anteriormente associadas aos demais transtornos de ansiedade.

Diniz et al. (2012) revisaram o grau de sobreposição entre as características do TOC e a fenomenologia e fisiopatologia dos demais transtornos de ansiedade como intuito de dar suporte ao racional que orienta a pesquisa nesse campo. Concluindo que alguns dados sobre os neurocircuitos envolvidos na manifestação dos transtornos de ansiedade foram obtidos a partir do estudo de modelos animais de ansiedade, e da neuroimagem estrutural e funcional em humanos. Esses trabalhos sugerem que no TOC, além da disfunção das vias corticoestriatais, o funcionamento do circuito amigdalocortical, essencial para a apresentação da resposta de medo e processos de extinção dessa resposta, também pode estar prejudicado. Hipotetizou ser provável que a ansiedade seja uma dimensão relevante do TOC, com impacto em outras características desse transtorno. Consequentemente, estudos futuros podem se beneficiar da investigação dos fenômenos de medo e ansiedade e de suas relações com os tipos de obsessões e compulsões, idade de início do TOC, comorbidade e padrões de resposta ao tratamento.

Torres e Lima (2005) conceberam que a frequente comorbidade com outros transtornos mentais, particularmente depressão e outros transtornos ansiosos, repete-se em casos da população geral, que apresentam ainda uma associação com abuso de substâncias. Muitos portadores não estão em tratamento, particularmente os casos “puros”.

---

<sup>1</sup> Prevalência ponto é o número total de indivíduos na população com a doença ou atributo em um momento de tempo dividido pela população sob risco de ter o atributo ou doença no mesmo momento de tempo. O coeficiente de prevalência tem sido usado como sinônimo de coeficiente de prevalência pontual.

Indicadores de incapacitação funcional demonstram um considerável impacto negativo do TOC. É preciso melhorar o conhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre os sintomas do TOC para aumentar a procura de atendimento, assim como a correta identificação e abordagem terapêutica deste grave problema de saúde.

A prevalência mundial referida no DSM-V (2014), situa-se entre 1,1 a 1,8%, onde o sexo feminino é afetado em uma taxa um pouco mais alta do que o masculino na idade adulta. Os meninos são mais afetados comumente na infância, esses dados corroboram com os dados da literatura encontrada (OMS, 2008).

Para Menezes, Dias e Gotuzo (2011), a etiologia do TOC permanece em debate, não havendo ainda um fator específico determinado, o que tem levado a comunidade científica a aceitar que o TOC é multifatorial. Desse modo, existem evidências do envolvimento de fatores, genéticos, ambientais e psicológicos na determinação do quadro. Estudos como de Ferrão et al. (2004) mostraram que a ocorrência familiar do TOC permite-nos apontar sobre diferenças clínicas entre indivíduos com história familiar de TOC e sem história familiar de TOC. Pacientes com histórico familiar positivo apresentaram o início dos sintomas de forma mais precoce, uma maior gravidade e mais presença de colecionismo.

Um estudo de revisão realizado por Torresan et al. (2008) sobre a QV no TOC, concluíram que pessoas com TOC apresentam déficits nas HS, maior dificuldades nas relações interpessoais, maior índice de desemprego, menor renda e menor índice de união conjugal, além de taxas relativamente altas de ideação e tentativas de suicídio com consequentes prejuízos na QV. Estudos clínicos realizados citados pelos mesmos autores encontraram mais comprometimento na QV no TOC em comparação com algumas doenças clínicas crônicas, outros transtornos de ansiedade, quadros depressivos e mesmo esquizofrenia, em alguns aspectos.

Um dos estudos mais importantes acerca do TOC foi realizado por Miguel et al., (2008), nos quais realizaram um estudo multicêntrico com 630 pacientes com TOC provenientes de sete centros universitários Brasileiros. Os resultados mostraram que os sintomas obsessivo-compulsivos mais prevalentes foram os de simetria e os de contaminação. Quanto às comorbidades psiquiátricas mais frequentes foram a depressão maior, a ansiedade generalizada e o transtorno de ansiedade social. O transtorno de controle de impulso mais comum foi escoriação neurótica. Essa pesquisa destacou ainda a prevalência de 84,6% de pessoas caucasianas, 53,3% de pessoas do sexo feminino, a média de idade foi de 34,7%. Este estudo pioneiro no Brasil permitiu delinear o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico do paciente com transtorno obsessivo-compulsivo em uma grande amostra clínica de pacientes.



O Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo estabeleceu uma importante rede de colaboração de investigação clínica padronizada sobre o transtorno obsessivo-compulsivo e pode abrir o caminho para projetos semelhantes destinados a integrar outros grupos de pesquisa no Brasil e em todo o mundo. Apesar deste estudo não constituir-se de população de SUS como no caso de nosso estudo, aponta a necessidade de que mais estudos de prevalência sejam realizados incluindo essa temática que tem significância clínica alta.

## 2.2 TOC, QUALIDADE DE VIDA E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

À semelhança de outros transtornos crônicos, as pessoas afetadas com TOC tem seu sofrimento decorrente mais do que apenas sintomas, pois suas relações interpessoais e sua QV são prejudicadas conforme mencionado em estudos aqui já citados. O TOC caracteriza-se pela presença de pensamentos, ideias ou imagens intrusivas e involuntárias que provocam ansiedade, como obsessões e por rituais mentais ou comportamentais realizados para neutralizar a ansiedade, como compulsões (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007).

A OMS (2001) define a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”.

Em estudo sobre QV percebida, Rodrigues-Salgado et al.(2006), avaliaram 64 pacientes jovens maiores de 18 anos com diagnóstico de TOC no ambulatório do Hospital Ramon y Cajal de Madri, Espanha. O objetivo desse estudo foi avaliar a percepção de QV utilizando a escala SF-36 (Medical OutcomesSurvey 36-item Short-form Health Survey que avalia a qualidade de vida percebida) numa amostra de pacientes de TOC em relação à severidade de ambulatório do transtorno, escala de obsessões e compulsões, informações sociodemográficas, comorbidades e idade no início do transtorno. Foi encontrado que: nessa amostra, o TOC teve uma repercussão negativa clara sobre a QV percebida, exceto na subescala SF-36 relacionadas à dor e a saúde física. A severidade do TOC foi correlacionada com todas as áreas da SF-36 e com os maiores escores da escala Hamilton (escala que avalia depressão).A subescala de obsessões foi correlacionada a todos os itens da SF-36, enquanto a subescala de compulsões foi correlacionada apenas ao funcionamento social, papel emocional, saúde mental e vitalidade. Isso sugere que tratamentos que objetivam a redução da ansiedade relacionada a obsessões podem melhorar a percepção de QV em pacientes com TOC especialmente naqueles com sintomas obsessivos predominantes.Características

sóciodemográficas, idade do início e anos de evolução do TOC não afetaram a percepção de QV. Porém, ser empregado foi relacionado a melhores escores na área de papel físico. Pacientes com comorbidade médica tiveram escores menores na saúde geral e no funcionamento social. Pacientes com comorbidade psiquiátrica tiveram escores piores nas áreas de dor, saúde geral, funcionamento social e saúde mental.

Na busca de entender como o TOC se manifesta em outras culturas encontramos nas pesquisas de Sulkowski, Mariaskin e Storch (2011) dados que nos informam que o TOC afeta cerca 2,2 milhões de cidadãos norte-americanos e que causam prejuízos tanto no funcionamento social como ocupacional e que embora recebam considerável planejamento e atenção para avaliar, entender e tratar (com custos médicos e de pesquisas), o espectro Obsessivo-Compulsivo ainda recebe menor atenção do que outros transtornos psiquiátricos tais como depressão e distúrbios alimentares, principalmente, em populações universitárias. Rodriguez-Salgado et al. (2006) encontraram diferenças significativas, para pior, no TOC em relação à população geral espanhola em todos os domínios, com exceção de saúde física e dor.

O desconhecimento e medo sobre o TOC podem contribuir para a demora de seus portadores em buscar ajuda, retardando esse tempo em até dez anos (TORRESAN et al., 2008).

Com reflexões semelhantes, o estudo de Eisen et al. (2006), mostraram que 34% dos 197 adultos com TOC se mostraram incapazes de trabalhar fora, 5% não conseguiam realizar atividades domésticas e 14% estavam recebendo auxílio-doença. Os resultados que mais diferenciaram os pacientes dos sujeitos de comparação geral foram observados nas dimensões de saúde mental, limitação de papéis por problemas relacionados à adaptação sociais, emocionais e vitalidade para as tarefas do cotidiano.

Em relação às morbidades, Torres e Lima (2005), em estudo de revisão acerca da epidemiologia do TOC, observaram que, quanto maior o número de comorbidades, maior a interferência dos sintomas nas atividades diárias, pior a qualidade de vida e maior probabilidade de se buscar tratamento. Uma exceção seria a associação com abuso de substâncias, que pode diminuir as chances de o indivíduo procurar serviços de saúde (GALBAUD; NEWMAN; BLAND, 1993).

Em relação aos prejuízos sociais Caballo (2012) observou que as HS estão relacionadas à melhor QV havendo uma estreita relação entre HS e QV principalmente em pacientes com transtornos mentais. Esse tema vem despertando interesse de especialistas e multiplicando as pesquisas sobre o assunto. Este ainda registra que as deficiências e o comprometimento de HS estão geralmente associadas às dificuldades nas relações

interpessoais e a diversos tipos de transtornos psicológicos como por exemplo, a timidez, o isolamento social e a depressão.

Del Prette, Del Prette e Barreto (2001, p. 217) consideram que:

As relações interpessoais, base da vida em sociedade, tem sido objeto de interesse em diferentes áreas de conhecimento. As questões ligadas à avaliação e promoção do desempenho social formam um campo de investigação e de aplicação de conhecimento da psicologia denominado THS (treino de habilidades sociais).

Tal como citado anteriormente, os mesmos autores expõem que um repertório elaborado de HS contribui para relações interpessoais harmoniosas e apresenta correlação positiva com vários indicadores de funcionamento adaptativo como rendimento acadêmico, responsabilidade, independência e cooperação. A QV e as relações interpessoais comumente requerem uma adaptação bem sucedida a fatores de estresse do ambiente interno ou externo, caracterizando-se por pensamentos, comportamentos e sentimentos contextualizados para a idade e congruentes com normas locais, estruturais e culturais (MELO 2009; TOWNSEND, 2002).

Gazzaniga e Heatherton(2005) mencionam a síndrome da adaptação geral de Hans Selye, onde propõe que os estressores levam a reações corporais e que o estresse prolongado pode levar a deficiência do sistema imune causando um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, prejudicando a adaptação social das mesmas.

No contexto das relações intrafamiliares o TOC promove graves consequências para a dinâmica familiar. Para Mitsi, Silveira e Costa (2004), as relações sociais dos pacientes com TOC, sejam elas familiares conjugais ou de trabalho, apresentam um prejuízo importante, pois o contato social é percebido como ameaçador. Os mesmos autores enfatizam que o repertório social dessas pessoas é bastante limitado e produzem poucas consequências reforçadoras sociais de outra natureza.

A busca de intervenções mais eficazes envolvendo o tratamento do TOC tem se constituído em tema de várias pesquisas, principalmente no que se refere ao contexto familiar, onde é comum os demais membros modificarem suas rotinas em função dos sintomas e das exigências do paciente, GOMES et al. (2011). As pessoas comumente preferem esconder sua situação de TOC a correr o risco de se expor diante da sociedade, uma vez que, se sentem incapazes de evitar que suas compulsões sejam realizadas e/ou até mesmo percebidas (SILVA et al., 2011).

### 2.3 TOC E HABILIDADES SOCIAIS

Em suas formas mais graves, o TOC é acompanhado de elevado grau de sofrimento psíquico e comprometimento das HS, devido ao nível de estresse crônico tanto físico como psíquico que o transtorno suscita em seus portadores.

A esse respeito Lazarus (1984) enfatiza as HS, como a capacidade de comunicar-se e comportar-se com outras pessoas de maneira socialmente aceitável e efetiva, formam parte dos recursos pessoais de enfrentamento do estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Os mesmos autores afirmaram que ao utilizar as HS como recurso de enfrentamento (coping), o indivíduo não vivencia esse evento de maneira isolada, mas um processo dinâmico de avaliação contínua (avaliação cognitiva) entre ele (o sujeito) e o seu ambiente. Ainda nessa direção os autores propõem que as possíveis mudanças nas interações entre indivíduos e ambiente são fruto de um esforço dirigido para a transformação do ambiente externo ou para a transformação do evento ampliando sua compreensão ou alterando seu significado. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Para Caballo (2012), as HS são vistas como um comportamento “socialmente habilidoso”, como um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo no contexto interpessoal, que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de um modo adequado à situação respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolvem uma situação ao mesmo tempo em que minimizam a probabilidade de problemas futuros. As explicações para os problemas ou dificuldades podem ser agrupadas em quatro conjuntos principais de fatores:

- a) Os déficits de componentes motores verbais e não verbais necessários para o comportamento social competente;
- b) A inibição pela ansiedade condicionada a situações sociais;
- c) A inibição cognitivamente mediada, ou seja, por cognições distorcidas, expectativas e crenças irracionais, autoverbalizações negativistas, autoinstruções inadequadas, padrões perfeccionistas e baixa autoestima; e
- d) A falha de percepção social, ou seja, de discriminação das situações sociais específicas em que o comportamento é adequado ou não.

Esses fatores indicam a necessidade de programas de promoção do repertório de HS que ampliem comportamentos, sentimentos e cognições mais adaptativas. Dificuldades no desempenho social podem apresentar correlação com perturbações psicossociais, fracasso acadêmico e profissional.

Segundo Caballo(2012, as habilidades estão sujeitas a diversas influências, como contexto, questões culturais, idade, classe social e nível escolar.

Atualmente, as habilidades interpessoais são valorizadas em qualquer área de formação por exigências do próprio mercado de trabalho em termos de requisitos profissionais em diferentes áreas.

Na visão de Del Prette e Del Prette (2009), as HS são “diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais”. O critério de competência social vai depender do meio ao qual o indivíduo está interagindo, pois a competência social está relacionada ao equilíbrio de demandas, ou seja, a competência social é a qualidade do desempenho do sujeito, conforme o contexto e os objetivos conquistados a partir da interação social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009; CABALLO, 2012).

Freitas (2013) entende que as HS são responsáveis pela interpretação das demandas interpessoais da situação, relacionada à tomada de decisões, elaboração de um repertório adequado e automonitoria do desempenho. Do mesmo modo, Del Prette e Del Prette (2009) explicam que qualquer desempenho que ocorre em uma situação interpessoal é considerado um desempenho social, podendo ser caracterizado como socialmente competente ou não.

Como referência importante no estudo das HS temos o estudo de Angélico et al. (2011) realizado com 1.006 estudantes universitários na faixa etária entre 17 e 35 anos, essa pesquisa evidenciou que quanto mais elaborado for o repertório de HS de um indivíduo, menor será a probabilidade de ele satisfazer os critérios de rastreamento de indicadores diagnósticos para o TAS.

Tratando desse tema Mitsi, Silveira e Costa (2004), em estudo de levantamento bibliográfico verificaram que, embora as pesquisas sobre o TOC tenham avançado na última década, notou-se que poucas foram as pesquisas realizadas sobre déficits em HS e sua relação com o TOC ou que as tenham considerado como fator relevante nas intervenções terapêuticas com esses pacientes.

Diante disso, considerando que o TOC tende a prejudicar a qualidade das relações interpessoais e que o referido transtorno é um tipo de manifestação da ansiedade, pode-se questionar se a presença de HS em pacientes com TOC teria algum impacto protetor em sua saúde.

As dificuldades nas habilidades sociais também afetam diretamente a família de seu portador, devido às consequências derivadas dos sintomas do TOC (tais como isolamento social, rituais de limpeza e checagem) geram conflitos nas relações intrafamiliares. Nesse

sentido um estudo analítico descritivo de sobrecarga em familiares de indivíduos com TOC Soares Neto Tele e Rosa (2011) apontam que esse fator de sofrimento psíquico encontra-se entre os cinco transtornos mentais integrantes da lista de patologias implicadas nas maiores taxas de incapacidade do mundo. Sendo responsável por 2,2% da incapacitação por doenças em geral, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (OMS, 2008).

Em um estudo realizado com 70 pacientes e diferentes tipos de transtornos de ansiedade, observou-se que pacientes com TOC têm menor probabilidade de remissão espontânea dos sintomas se comparados a pacientes com transtorno de pânico e de ansiedade social (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007). Para estes autores, as terapias de base Cognitivo-Comportamental (TCC) são como uma das alternativas psicoterápicas mais estudadas para todas as idades. Estes resultados apontam ainda para a necessidade do desenvolvimento e aprimoramento dos tratamentos para o TOC.

Assim, pode-se pensar que, diante dessa resistência dos sintomas ou cronicidade peculiar ao TOC, seria pertinente investigar fatores associados à QV desses pacientes, apesar da presença do TOC.

## 2.4 TOC, SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA

No Brasil, infelizmente, a saúde mental e transtornos mentais não são considerados com a mesma relevância que a saúde física (OLIVEIRA, 2010). Os cuidados e a proteção aos indivíduos portadores de transtornos mentais (portadores de TOC, inclusive) estão assegurados pela via dos direitos humanos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) define direitos humanos como os inerentes a todos os seres humanos independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Os direitos humanos incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre muitos outros. Todos merecem estes direitos, sem exceção.

No Processo Brasileiro de Reforma Psiquiátrica algumas normas tiveram impacto significativo. Em sintonia com essa mudança foi estabelecida a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. Por meio desta lei foi realizada a implantação dos centros de atenção psicossocial (CAPS), além de outros programas de assistência. As pessoas portadoras de transtornos mentais são consideradas uma população em vulnerabilidade social (BRASIL, 2004).

Bellenzani e Malfitano (2006) mencionam o conceito de vulnerabilidade de Alves, (1994) como “originário da área da advocacia internacional. O conceito designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção ou na garantia de seus direitos de cidadania”. Os mesmos autores se referem ao conceito de vulnerabilidade dentro da perspectiva teórica construcionista adotada diante da realidade empírica, desdobrando-se em duas dimensões: vulnerabilidade social e vulnerabilidade psíquica.

A vulnerabilidade social está associada às condições estruturais que colocam as pessoas em risco para além do seu comportamento individual. A vulnerabilidade psíquica como uma dimensão da vulnerabilidade propõe aprofundar a reflexão acerca da dimensão da subjetividade singular e da subjetividade compartilhada por um grupo específico.

O conceito de vulnerabilidade psíquica é pertinente pela possibilidade de pensarmos fatores potenciais de modo que, sinergicamente, componham condições propulsoras ao sofrimento ou adoecimento psíquico.

Desse modo o conceito de vulnerabilidade já mencionado evidencia a existência de dois tipos de vulnerabilidade: a decorrente de redução de autonomia ou incapacidade civil e a decorrente de uma sociocultura e econômica.

Logo, os vulneráveis se dividem em grupos, dentre os principais, podemos destacar os incapazes, crianças, doentes mentais e comportamentais, mulheres grávidas, populações de países subdesenvolvidos e povos indígenas.

O conceito de vulnerabilidade psíquica é pertinente pela possibilidade de pensarmos fatores potenciais de modo que, sinergicamente, componham condições propulsoras ao sofrimento ou adoecimento psíquico.

Dessa maneira, o sofrimento presente em larga escala na população associada às experiências singulares de vida seriam a matéria prima para o adoecimento psíquico que se manifestariam de diversas formas, tais como: transtornos mentais, transtornos de conduta, entre outros.

A mudança de paradigma ocorrida a partir do Processo Brasileiro de Reforma Psiquiátrica para tratamento de transtornos mentais e o reconhecimento de que as pessoas portadoras de doenças psiquiátricas constituem-se numa população em vulnerabilidade social deu-se origem a criação dos CAPS. Essa movimentação ganhou impulso com a aprovação da Lei Paulo Delgado (Lei 10.216 de 06 de abril de 2001), por meio de intensa mobilização dos seguimentos envolvidos. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, determinando a

substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada e formada por núcleos de atendimentos, como redes de apoio e hospitais-dia (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram criados para ser um dos pilares da reforma psiquiátrica e funcionar como intermediário entre o atendimento ambulatorial e a internação após a alta de pacientes de hospital psiquiátricos (MANGUALDE, 2013). A atual política nacional de saúde mental consiste na redução progressiva dos leitos e na ampliação e fortalecimento da rede extra-hospitalar, constituída principalmente pelos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

O CAPS é um tipo de serviço de saúde comunitário que oferece atendimento diário a pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, de acordo com a gravidade do quadro clínico. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, mas não precisam estar diretamente no CAPS; não-intensivo é a modalidade de assistência na qual o paciente, em função da menor gravidade do quadro psíquico, pode ter uma frequência menor de atendimento (BRASIL, 2004).

Ainda compete aos CAPS regular a entrada dos pacientes na rede de assistência psiquiátrica em sua área de atuação e dar suporte ao atendimento à saúde mental na atenção básica. De acordo com parâmetros populacionais, capacidade de atendimento e o perfil da clientela assistida, os CAPS são divididos em CAPS I (municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (municípios com população acima de 200.000 habitantes, atendendo 24 horas/dia, inclusive feriados e finais de semana, com leitos para internações breves), CAPSi II (referência para o atendimento a crianças e adolescentes em uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local) e CAPSad II (referência para o atendimento de usuários com transtorno decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes) (BRASIL, 2004).

Segundo o relatório da OMS (2008), os transtornos mentais são comuns e afetam mais de 25% da população em algum momento da vida, além de exercerem um impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Neste mesmo relatório foi elucidado que aproximadamente 20% de todos os doentes atendidos por profissionais de cuidados primários de saúde têm um ou mais transtornos mentais e



comportamentais, por sua vez os profissionais da área da saúde se sentem pouco capacitados para atender essa demanda.

Com reflexões semelhantes Dimenstein et al. (2009), em trabalho realizado com técnicos de Unidade de Saúde da Família (USF), apontaram que os profissionais entrevistados não se sentiam capacitados e nem apoiados pela equipe de atenção básica para atender a forte demanda de saúde mental.

Tratando desse tema Minayo (2010) expõe e analisa que a saúde pública e coletiva tem se tornado foco de interesse de pesquisas. Segundo Townsend (2002) na saúde mental a atuação em equipe é fundamental e necessária em contextos que devem transcender a interdisciplinaridade. Dessa maneira possibilitará a promoção de saúde mental não somente para os sujeitos portadores de TOC, mas também para todos aos membros da sociedade.

Em revisão da literatura a respeito dos transtornos psiquiátricos em adultos realizado por Mari, Jorge e Kohn (2007), não foram encontrados estudos que apontem ou evidenciem a prevalência de transtornos mentais seja regional, seja nacional. Contudo apontam que uma estimativa do problema pode ser determinada. Para isso utilizaram dados de quatro pesquisas: um estudo multicêntrico, do OMS (1993), por meio de entrevista psiquiátrica estruturada desenvolvida pela OMS em São Paulo e dados de dois estudos epidemiológicos dos Estados Unidos (KESSLER et al., 1994; ROBBINS; RIEGER, 1991). Usando os índices obtidos nesses estudos a partir de estimativas populacionais para o Brasil no Censo de 2000, esses pesquisadores estimaram que entre 31 a 50 milhões de brasileiros estavam sofrendo de algum transtorno mental (OLIVEIRA, 2010).

Soares Neto, Teles e Rosa (2011) em estudo acerca da sobrecarga em familiares de indivíduos em sofrimento psíquico decorrentes do TOC e das consequências vivenciadas pelos familiares, enfatizam a necessidade de oferecer suporte aos mesmos bem como o desenvolvimento de intervenções mais específicas inclusive na família, suscitando-se a possibilidade de auxílio na reinserção social.

Guedes (2001) cita que comumente a família não recebe qualquer suporte econômico, emocional e mesmo qualquer orientação específica profissional de como lidar com o paciente. Uma das consequências principais para os familiares refere-se ao comprometimento da QV resultante da sobrecarga demandada pelo indivíduo com TOC.

Segundo Mari, Jorge e Kohn (2007), a promoção da saúde mental em saúde pública é necessária por meio da aproximação das políticas públicas de saúde, com intuito de elaborar estratégias de intervenções que incluam os indivíduos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

Contudo, apesar dessa necessidade, não há registros da frequência de atendimentos de pacientes com TOC em serviços públicos de saúde no município de Porto Velho (RO), o que justifica, na localidade regional, um estudo de prevalência acerca dos registros de casos de TOC atendidos no ambulatório de saúde mental (CAPS II – Porto Velho - RO), no decorrer do ano de 2013, objetivando, posteriormente, investigar por meio de entrevistas semidirigidas e instrumentos formais, como estes pacientes vivenciam, em seu contexto de vida, as HS e como percebem sua QV.

## 2.5 MODELO CONCEITUAL DE ESTRESSE E ADAPTAÇÃO SOCIAL DE LAZARUS

Desde a antiguidade o estresse tem sido um tema central na medicina e na saúde em geral, a ideia de que o corpo reage para enfrentar demandas tem raízes em Hipócrates (460 – 377 a. C.), onde diferenciou os sintomas específicos do desconforto causado por uma doença e o estresse causado enquanto processo de resistência a uma doença. “O conceito de estresse é assim definido como um processo pelo qual alguém percebe e responde a eventos que são julgados como desafiadores ou ameaçadores” (STRAUB, 2005, p. 117).

Gazzaniga e Heatherton (2005) ao referenciara síndrome da adaptação geral, esclarece que o estresse é permeado por três fases: alarme, resistência e exaustão. A fase de alarme se caracteriza pela reação de emergência que prepara o corpo para lutar ou fugir. O alarme causado pelo estresse aciona o sistema imunológico para que o corpo se defenda. Já no estágio da resistência, as defesas são preparadas para um ataque mais longo e duradouro contra o estressor e o corpo maximiza ao limite suas defesas. Apesar de todo o esforço o corpo entra no estágio da exaustão, em que o sistema fisiológico e imunológico fracassam.

Os estudos sobre os efeitos do estresse no processo saúde-doença vêm sendo desenvolvidos, ampliados e confirmados por pesquisas a cada década. Para Lazarus e Folkman (1984), o que define o estresse é a interação entre o ambiente e o indivíduo, ou seja, quando as demandas derivadas do meio ambiente ultrapassam os recursos que o sujeito tem em seu repertório, daí o indivíduo sente o estresse.

Straub (2014) define o estresse como “um estímulo e uma resposta”. Os estímulos são os eventos estressores e as respostas físicas e emocionais a um estressor (tensão) é o processo pelo qual o indivíduo percebe e responde a eventos ameaçadores ou desafiadores.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o estresse é permeado por reações biológicas, funções cognitivas, emocionais e comportamentais. O aparelho cognitivo é o mediador da intensidade das respostas aos diferentes estímulos. Cabe ao ser humano interpretar as

situações estressantes e “criar” soluções, uma vez que considera o ser humano como um organismo complexo e adaptável a seu meio.

O trabalho teórico de Lazarus e Folkman (1984) foi chamado de modelo transacional ou modelo relacional nessa proposta:

A ideia fundamental é que não podemos compreender completamente o estresse examinando eventos ambientais (estímulos) e pessoas (respostas) como entidades separadas; em vez disso devemos considerá-los em conjunto, como uma transação, na qual cada indivíduo deve ajustar-se de forma contínua aos desafios cotidianos (p. 128).

O modelo transacional menciona que o processo do estresse é desencadeado sempre que os estressores excedem os recursos pessoais e sociais que o indivíduo é capaz de mobilizar para enfrentar a situação ameaçadora.

Lazarus e Folkman (1984) denominam de transações quando as demandas de uma dada situação geram estresse e nossa resposta não é estática, ao contrário, envolve interações e ajustes contínuos entre o ambiente e nossas tentativas de enfrentar o estresse. O autor infere que cada indivíduo é “agente ativo que pode alterar de forma dramática o impacto de um estressor em potencial por meio de nossos próprios recursos” (p. 117).

Na década de 1980, Lazarus e Folkman propõem que a maneira pela qual as pessoas manejam o estresse determina o seu impacto. Eles estabelecem uma distinção entre as estratégias de coping que focalizam a emoção e aquelas que focalizam a solução de problemas (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005).

Straub (2014) enfatiza que o modelo transacional de Lazarus apresenta três implicações significativas: a primeira refere-se a uma situação que pode ser estressante para uma pessoa e para outra não, a segunda, sugere que a avaliação cognitiva, que o sujeito faz sobre a situação estressante depende do seu estado de humor, saúde e motivação e em terceiro lugar, as respostas ao estresse são aproximadamente a mesma, ainda que, a situação seja vivenciada na realidade ou apenas imaginada. Isso quer dizer que situações pensadas ou lembradas podem produzir resposta ao estresse.

Na teoria transacional, a qualidade de vida e a saúde mental e física estão implicadas nos processos adaptativos e dependem das formas com que as pessoas enfrentam o estresse da vida (LAZARUS;FOLKMAN, 1984). As habilidades sociais, segundos os autores, facilitam a resolução de problemas em conjunto com outras pessoas, favorecem a conquista da cooperação e apoio e conferem à pessoa, mais controle sobre as interações sociais.

Ainda nesse contexto, Lazarus e Folkman (1984) falam de vulnerabilidade e a definem como um termo amplamente usado na conceituação e estudo do estresse psicológico e

adaptação humana: “Ele é, geralmente, conceituado em termos da adequação dos recursos do indivíduo” (p. 117).

Os autores concordam que há circunstâncias, nas quais, faz sentido falar da vulnerabilidade apenas em termos de recursos, por exemplo: quando a vulnerabilidade é física, uma pessoa, cujo tornozelo foi recentemente torcido, estará mais vulnerável a outros ferimentos e, um viajante, em um país estrangeiro é mais vulnerável a organismos na água aos quais seu sistema não é acostumado. É também razoável falar sobre vulnerabilidade em termos de recursos, quando há um déficit significativo, onde a pessoa é incapaz de funcionar adequadamente na maioria das situações, como é o caso dos esquizofrênicos.

Nas relações interpessoais os conflitos somente criarão vulnerabilidade psicológica se a relação possui significado para seus membros. A vulnerabilidade psicológica é determinada não apenas por um déficit nos recursos, mas pela relação entre o padrão de envolvimento do indivíduo e seus recursos para impedir ameaças contra compromissos.

Essa definição relacional de vulnerabilidade é paralela à nossa definição relacional de ameaça. De fato, a vulnerabilidade deve ser pensada como ameaça potencial que é transformada em ameaça ativa quando aquilo que é valorizado, é na verdade, posto em perigo em uma transação específica.

Nesse sentido, a vulnerabilidade também diz respeito à suscetibilidade para reagir frente a classes amplas de eventos com estresse psicológico que é moldado por uma sequência de fatores pessoais, incluindo compromissos, crenças e recursos.

## 2.6 O LUGAR DA AVALIAÇÃO COGNITIVA NA TEORIA DO ESTRESSE

Muitos estudiosos da área do estresse psicológico usaram o conceito de avaliação, embora majoritariamente de forma não sistemática ou por implicação. Isso é mencionado diretamente no trabalho de Grinker e Spiegel (1945) que escreveram “a avaliação da situação requer atividade mental envolvendo julgamento, discriminação e escolha de atividades baseados amplamente na experiência do passado” (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Lazarus e Folkman (1984) informam que Arnold (1960, 1970) foi a primeira a tentar trabalhar com esse conceito de forma sistemática. Ela escreve sobre a avaliação como determinante cognitivo da emoção. Descrevendo-a como um processo rápido intuitivo que ocorre automaticamente, assim, diferenciado do pensamento reflexivo que é mais lento e abstrato. A autora enfatiza que embora concorde que a avaliação determina a emoção, que a reação emocional pode ser imediata, sobretudo em respostas a fortes estímulos auditivos e

visuais ou até em resposta a estímulos mais abstratos e sutis como, por exemplo, a expressão facial, a ênfase é mais voltada para a atividade cognitiva complexa relacionada ao significado.

Lazarus e Folkman (1984) definem que a avaliação cognitiva pode ser melhor compreendida como processo de categorização de um encontro e suas diferentes facetas que se referem a sua significância para o bem estar. É focada no significado ou significância e ocorre continuamente na vigília. Os autores citados entendem que o estresse tem a etapa biológica, também a fase que participa funções cognitivas, emocionais e comportamentais. O aparelho cognitivo é mediador da intensidade das respostas aos diferentes estímulos, cabe ao ser humano interpretar as situações estressantes e se desvencilhar delas (buscar soluções ou saídas).

A avaliação cognitiva é importante para conceituar o estresse por considerar a relação pessoa e ambiente de forma que exista meios de a pessoa controlar ou neutralizar o estresse.

Na Primary appraisal (avaliação primária) o indivíduo identifica as demandas de determinada situação e delimita seu significado, podendo produzir uma ação (resposta comportamental) isso pode ser classificado pela pessoa como uma ameaça, desafio ou ser irrelevante.

Neste contexto, cada ser humano responde de forma diferente aos estímulos estressores. Estresse é uma interação entre ambiente e a pessoa. Para esses autores a avaliação cognitiva inclui em primeiro lugar avaliar se uma situação ou evento ameaça o bem-estar do indivíduo, em segundo, se existem recursos pessoais suficientes disponíveis para lidar com a demanda e terceiro, se a estratégia da pessoa para lidar com a demanda está funcionando.

A avaliação secundária é mais do que um mero exercício intelectual de visualizar todas as coisas que podem ser feitas, ela responde à questão: “o que posso fazer para lidar com esta situação”? Nesse sentido, a pessoa avalia suas capacidades de enfrentamento para determinar se elas serão adequadas para enfrentar o desafio, o perigo-perda em potencial ou a ameaça. Se os recursos são considerados adequados, pouco ou nenhum estresse ocorre. Quando uma ameaça ou desafio é grande e os recursos de enfrentamento são baixos, é provável que haja estresse.

Straub (2014) menciona que o modelo transacional enfatiza a natureza contínua do processo de avaliação enquanto a nova informação se torna disponível podendo produzir mecanismos para controlar ou neutralizar o estresse, denominados *coping*.

Dessa forma, *coping* seria uma ação focada no alívio ou resolução de uma situação considerada problemática. Seria também, um conjunto de comportamentos conscientes e inconscientes, que o indivíduo apresenta diante de uma situação a qual se queira mudar.

## 2.7 CONCEITO DE COPING

Lazarus e Folkman (1984) definem coping<sup>2</sup> como “um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais”. Estes mesmos autores sugerem que existem duas categorias gerais de estilo de manejo, o primeiro focado na emoção e o manejo focado no problema.

Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) em revisão teórica mencionam que o modelo de coping de Lazarus e Folkman é baseado em quatro conceitos: o coping é um processo que se dá entre o indivíduo e o ambiente; a função do coping é a administração da situação estressora e não o domínio da mesma; os processos de coping pressupõem avaliação, isto é, percepção, interpretação e representação cognitiva; e o processo constitui uma mobilização de esforço com fins de administrar as demandas internas e externas que surgem da interação com o ambiente.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o coping pode ser compreendido a partir de dois tipos de estratégias: as estratégias centradas na emoção e as estratégias focalizadas no problema. As estratégias centradas na emoção referem-se aos processos cognitivos responsáveis pela diminuição do transtorno emocional gerado por uma situação estressante. Estas estratégias são utilizadas pelos indivíduos quando percebem que os estressores não podem ser modificados e que é preciso continuar interagindo com eles. O propósito é manter a esperança e o otimismo, negar tanto a situação quanto as suas consequências, ou atuar como se não importassem as circunstâncias. Essas estratégias incluem a esquiva, a culpabilidade, o escape, o distanciamento, a atenção seletiva, as comparações positivas e a extração de aspectos positivos de acontecimentos negativos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O segundo objetiva analisar e definir a situação, considerando os seus custos e benefícios e buscando alternativas para solucioná-las. As estratégias que afetam o sujeito

---

<sup>2</sup> O termo coping será utilizado em sua forma original em inglês e sem itálico devido seu uso ser consagrado universalmente.

incluem mudanças nas aspirações do indivíduo, busca de canais de participação alternativos, desenvolvimento de novas condutas e até a aprendizagem de novos procedimentos e recursos.

Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) consideram que mais recentemente foi apresentada uma terceira estratégia de coping focalizada nas relações interpessoais, na qual o sujeito busca apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação estressante.

Gazzaniga e Heartherton (2005) enfatizam o apoio social como um dos fatores mais importantes para as pessoas lidarem efetivamente com estresse. O apoio social constitui-se componente essencial da boa saúde mental em todas as idades, pois evita o isolamento social muito comum em pessoas estressadas ou até mesmo com transtornos. Os mesmos autores reforçam que o apoio emocional inclui disposição e interesse, oferecer auxílio material ou ajudar em tarefas do cotidiano. A efetividade do apoio para quem oferece está em deixar explícito que se importa com quem recebe.

Daí presume-se que as pessoas diferem na maneira de lidar com situações de estresse, assim como diferem também na maneira de enfrentá-los (estilos de coping). Em pacientes com TOC essas diferenças podem nos indicar de que maneira estes enfrentam (utilizam estratégias de coping) ou não suas demandas diárias frente ao sofrimento psíquico derivados dos sintomas do TOC na sua vida social.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

Esta pesquisa se caracterizou como um estudo teórico-descritivo com uma abordagem quantiquantitativa. Apresenta-se com dois focos de estudos que serão relatados a seguir.

O primeiro estudo teve como objetivo conhecer a prevalência de pacientes atendidos no CAPS II – Porto Velho - RO que receberam diagnóstico de TOC. Para essa etapa, utilizamos a pesquisa documental através dos prontuários do SAME (serviço de arquivamento médico).

No segundo estudo, buscou-se investigar as HS e QV nos pacientes com diagnóstico de TOC identificados na etapa I. Para isso utilizamos instrumentos formais tais como: IHS, WHOQOL-abreviada, IOC-R e duas entrevistas semiestruturadas.

#### **3.1 ESTUDO I**

##### **3.1.1 Método**

A primeira fase da pesquisa foi documental para extrair informações relacionadas aos prontuários de pacientes que foram atendidos no Ambulatório de Saúde Mental com seu funcionamento no CAPS II – Porto Velho - RO. Para Ludke e André (1986), a pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos.

Desse modo justifica-se a pesquisa documental no sentido amplo, pois “os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico. É ainda matéria prima a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise” (SEVERINO, 2007, p. 85). Esta afirmativa do autor reflete todo procedimento desta etapa.

A partir da pesquisa documental foi realizado um levantamento de um banco de dados com variáveis que serão detalhados no item 3.1.6.

##### **3.1.2 Local**

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora no Ambulatório de Saúde Mental, que tem seu funcionamento conjuntamente ao CAPS II – Porto Velho - RO, em horários previamente agendados junto com a equipe técnica.



### **3.1.3 Material de análise**

Foram considerados participantes desta etapa todos os prontuários dos usuários/pacientes que foram atendidos no Ambulatório de Saúde Mental (CAPS II – Porto Velho - RO), no decorrer do ano de 2013 que totalizaram 498 prontuários.

### **3.1.4 Critérios de Inclusão**

Como critério de inclusão foi utilizado a aceitação de participação mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os Três pacientes identificados aceitaram assinar o TCLE.

### **3.1.5 Critérios de Exclusão**

O participante poderia solicitar sua retirada da pesquisa a qualquer momento.

### **3.1.6 Instrumentos e Procedimentos da coleta de Dados**

Como instrumentos dessa etapa foram utilizados os prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Saúde Mental no decorrer do ano de 2013.

Inicialmente, este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIR. Foi encaminhada uma solicitação de autorização para o Secretário Estadual de Saúde e também aos coordenadores do CAPS II - Porto Velho - RO, a fim de se obter a permissão para a realização da coleta de dados.

A partir da autorização do Secretário de Saúde e dos coordenadores do CAPS II – Porto Velho - RO, foi realizado o Estudo I, que se constituiu em pesquisa documental através do acesso ao serviço de arquivamento médico (SAME). Os dados dos referidos prontuários que foram incluídos nesta pesquisa foram: número do prontuário, gênero, estado civil, idade, escolaridade e CID-10 (incluído comorbidade quando citado). As informações documentais foram coletadas e registradas na planilha excel, para posteriormente serem transferidas para o software estatístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) versão 20.0. Após esse procedimento, os dados foram analisados de acordo com os objetivos previamente definidos para este estudo específico. Ao final dessa etapa I da pesquisa, foram identificados, através de

seus prontuários, os pacientes que receberam diagnóstico de TOC, os quais foram convidados a participar da segunda etapa desse estudo, após a aceitação e assinatura do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido).

## 3.2 ESTUDO II

### 3.2.1 Método

Essa etapa caracterizou-se como uma pesquisa descritiva com um foco qualitativo, tendo como base o estudo de casos de três pacientes que receberam diagnóstico de TOC. A esse respeito utilizou-se o estudo de caso em razão de possuir um foco qualitativo em que foi possível coletar e registrar dados de vários casos que possuem semelhança clínica (DYNIEWICZ, 2009).

Elegemos o método de análise de conteúdo de L. Bardin e sua respectiva sistematização das informações para analisar os dados obtidos através de roteiro de entrevistas (roteiro I e roteiro II) (BARDIN, 2002).

Nesse sentido, buscamos demonstrar os dados através das análises dos resultados alcançados, apresentando de que maneira o uso ou não uso das HS, no contexto da vida diária, interferem na QV desses pacientes.

### 3.2.2 Local

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS II - Porto Velho - RO situa-se na Avenida Elias Gorayeb, 1964, Bairro Liberdade no município de Porto Velho/RO.

### 3.2.3 Participantes

Os participantes foram identificados no decorrer da pesquisa documental (etapa I). Todos os pacientes identificados com diagnóstico de TOC situavam-se na faixa de idade entre 18 a 28 anos. Todos aceitaram participar da pesquisa em pauta.

### 3.2.4 Critérios de Inclusão

Serão considerados os seguintes critérios:

- a) Aceitar a participação na pesquisa;
- b) Ser voluntário;
- c) Assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

### 3.2.5 Critérios de Exclusão

Desistir ou solicitar para retirar-se da pesquisa voluntariamente ou apresentar comorbidades graves.

### 3.2.6 Instrumentos e Procedimentos da Coleta de Dados

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados: a) Ficha de identificação dos participantes (Apêndice b); b) Entrevista SemiEstruturada (Parte I – Apêndice c); c) Inventário de Obsessão-Compulsão (Anexo b), d) Inventário de HS (IHS-Del-Prette)<sup>3</sup>; e) A WHOQOL-abreviado (Anexo c); f) Entrevista Semiestruturada (parte II – Apêndice d).

a) A ficha de identificação dos participantes consiste em um breve questionário elaborado para se obter dados referentes ao gênero, à idade, filiação, estado civil, escolaridade dos participantes e o nível sócio econômico (se realiza alguma atividade laboral remunerada);

b)A Entrevista semiestruturada (parte I) foi constituída de 23 perguntas abertas. Visa investigar dados referentes ao espaço vital dos pacientes com enfoque para os aspectos relacionado às HS (8 perguntas), fatores associados ao histórico e QV (10 perguntas) e atividades laborais (05 perguntas). Para Dyniewicz (2009, p. 127) a entrevista é a modalidade mais comum de técnica para a coleta de dados em pesquisa. Sua finalidade é obter informações verbais de uma parcela representativa de uma população. Tem como objetivo atender aos propósitos da pesquisa, ser roteiro durante a coleta de dados e motivar o entrevistado;

c) O IOC-R foi escolhido para este estudo em razão de indicar a prevalência sintomatológica do TOC, ser de fácil aplicação e não potencializar cansaço nos sujeitos participantes e pelas dificuldades de acesso a outras escalas específicas para o TOC. Antes de sua utilização foi solicitada a devida autorização do autor da tradução para a versão na língua portuguesa (Anexo 1).

---

<sup>3</sup> Este instrumento psicológico não pode ser digitalizado ou xerocopiado conforme manual de instrução do mesmo.

O Inventário de Obsessão-Compulsão é um instrumento de medida autoaplicável originalmente desenvolvido pelas Universidades da Pensilvânia, Delaware e de Londres (FOA et al., 2002), que avalia os sintomas da desordem obsessiva. Esse inventário basicamente detalha as temáticas recorrentes ao TOC, possibilitando a avaliação da temática prevalente para os pacientes. Objetiva saber qual o grupo principal de sintomas que acomete o paciente e é também importante para um melhor planejamento do tratamento.

Esse instrumento reduzido foi validado e adaptado para a língua portuguesa no contexto brasileiro por Silva et al. (2011). O mesmo autor cita que primeiramente ele continha 42 itens e posteriormente foi apresentado na versão de 18 itens divididos em seis subescalas correspondentes às categorias comumente encontradas na desordem obsessivo-compulsiva: obsessão, limpeza, organização, acumulação, checagem e neutralização.

Segundo Silva et al. (2011) para a adaptação do Inventário de Obsessão-Compulsão, ao contexto brasileiro, os 18 itens que o compõem foram submetidos a uma análise principal dos componentes com a realização de uma rotação Promax. De acordo com o manuscrito original de Foa et al. (2002), uma análise fatorial foi realizada, uma vez que o conjunto de dados se mostrou adequado para tal [ $KMO=0,79$ ; Teste de esfericidade de Bartlett,  $X^2=1724,17$ ;  $p=0,0001$ ]. Os 18 itens agrupados apresentaram consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,84. Os itens são respondidos em termos de quanto à pessoa tem experimentado os sintomas descritos, como por exemplo, em: “mantenho da mesma forma as coisas que dão certo” ou “fico aborrecido se os objetivos não forem organizados corretamente”, dadas em uma escala do tipo Likert de 0 a 4 pontos, sendo que zero, correspondia a “de modo nenhum” e quatro, a “extremamente”. Quanto maior a pontuação total na escala, maior a prevalência dos sintomas, sendo que o fator com maior score indica a temática de sintomas que se destaca no paciente;

d) Inventário de HS (IHS-Del-Prette) foi elaborado por Del Prette e Del Prette (2001) considerado como um instrumento de autorrelato, analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, que avalia classes de HS e é composto por um caderno de aplicação e uma folha de resposta (ambos em versão impressa), com opção de apuração informatizada online. O caderno de avaliação tem uma folha de rosto com as instruções e, em sua parte interna, 38 itens, distribuídos em cinco fatores, cada um deles descreve uma situação de interação social e uma possível reação a ela e deve ser respondida de acordo com a frequência com que se reage a situação descrita. As respostas dadas variam em escala Likert de cinco pontos. O sujeito precisa atribuir pontos de 0 a 4, conforme considere os comportamentos descritos como nunca ou raramente presentes até sempre ou quase sempre presente, respectivamente. O IHS aqui utilizado restringe-se às classes molares do desempenho, embora

a necessidade de contextualizá-lo acabe implicando em sobreposição da dimensão situacional e, conforme o caso, permitindo inferências sobre a dimensão cultural. Inclui-se um conjunto diversificado de situações prováveis e significativas nas relações interpessoais dos respondentes e, desse modo, avalia estratégias empregadas pelos respondentes nos relacionamentos sociais.

O IHS apresenta a seguinte estrutura fatorial: a) fator 1 – enfrentamento e autoafirmação com risco (composto pelos itens 1, 5, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21 e 29); b) fator 2 – autoafirmação na expressão de sentimento positivo (itens 3, 6, 8, 10, 28, 30 e 35); c) fator 3 – conversação e desenvolvimento social (itens 13, 17, 19, 22, 24, 36 e 37); d) fator 4 – autoexposição a desconhecidos e situações novas (itens 9, 14, 23 e 26); e) fator 5 – autocontrole da agressividade (itens 18, 31 e 38).

O IHS-Del-Prette produz em escore geral, referenciando a norma em termos de percentil, e escores em 5 subescalas, apresentadas a seguir. A consistência interna satisfatória para a escala total apresentou alfa de Cronbach = 0,75 e para as classes: F1) Autoafirmação e enfrentamento com risco ( $\alpha = 0,9650$ ); F2) Autoafirmação na expressão de afeto positivo ( $\alpha = 0,8673$ ); F3) Conversação e desenvoltura social ( $\alpha = 0,8187$ ); F4) Autoexposição a desconhecidos ou a situações novas ( $\alpha = 0,7525$ ); F5) Autocontrole da agressividade ou a situações aversivas ( $\alpha = 0,7413$ ).

e) - O WHOQOL-abreviada é um instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) traduzido e validado no Brasil por Fleck et al. (2000). Frente à necessidade de um instrumento que demandem tempo menor para preenchimento e que mantenham qualidade de suas características psicométricas do WHOQOL - 100, foi desenvolvida uma versão abreviada da escala, denominada Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – abreviado).

O WHOQOL Group considera que a definição de qualidade de vida deve levar em conta a percepção do indivíduo e suas relações com o meio ambiente. Desse modo a qualidade de vida é definida “como percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo.

Em relação a estes parâmetros, Moreno et al. (2004) consideram que de um modo geral, embora não haja consenso a respeito do constructo qualidade de vida, três aspectos fundamentais dessa expressão foram obtidos através de um grupo de especialistas de

diferentes culturas: (a) subjetividade; (b) multidimensionalidade; e (c) presença de dimensões positivas e negativas.

Esse instrumento é constituído de 26 itens, com duas questões gerais sobre qualidade de vida e as 24 restantes divididas em quatro domínios: a) físico b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente descritos na Tabela 1. Os domínios são avaliados considerando-se a percepção do indivíduo sobre como ele está se sentindo (nas últimas semanas) em relação a aspectos de sua saúde global. Assim, a subjetividade se mostra presente e, também, sentimentos negativos e sentimentos positivos são facetas avaliadas pelo domínio psicológico do instrumento (OMS, 1998).

Quanto à consistência interna do WHOQOL-abreviado foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach (domínios=0,7678), 26 questões=0,9054, domínio 1= 0,8378, domínio 2=0,7845, domínio 3=0,6921 e domínio 4=0,7107. O coeficiente de Cronbach mostra valores satisfatórios quando é calculado para as questões ou para os domínios. Quando tomados individualmente o domínio 3 (relações sociais) é o que apresenta o menor valor.

Os valores obtidos no coeficiente de Cronbach para as questões ou para os domínios atestam uma consistência interna satisfatória do WHOQOL-abreviado.

Os domínios 3 (relações sociais) e 4 (meio ambiente), tomados individualmente, são os que apresentam os menores valores do coeficiente de Cronbach.

Quanto à validade discriminante, os indivíduos-controles apresentam escores superiores em cada um dos quatro domínios. Os domínios 1 (físico) e 2 (psicológico) discriminaram de forma estatisticamente significativa os pacientes dos controles. O domínio 4 (meio ambiente) apresentou teste de significância limítrofe e o domínio 3 não mostrou uma diferença estatisticamente significativa entre pacientes e controles.

Quando são comparados os escores dos diferentes domínios de acordo com a especialidade médica em que os pacientes foram atendidos, observa-se que os pacientes da psiquiatria têm uma tendência a ter os piores escores em três dos quatro domínios. Em relação à validade de critérios com exceção do domínio 3 (relações sociais) todos os domínios aparecem num modelo linear que explica 44% da variância, utilizando regressão linear múltipla. Quando os domínios foram correlacionados entre si, todos eles apresentaram coeficientes de correlação significativos. O coeficiente mais alto encontra-se entre os domínios físico e psicológico. O domínio 3 (relações sociais) apresentou os coeficientes de correlação mais baixos em relação aos demais domínios.

Na fidedignidade teste-reteste não houve diferença significativa nas médias entre os domínios quando se considera o teste e o reteste.

Deste modo, caracterizam os coeficientes de correlação dos domínios entre si. Observa-se que todos os domínios apresentam coeficientes de correlação significativos. O Domínio 3 (Relações sociais) apresenta os coeficientes de correlação mais baixos em relação aos demais domínios. O coeficiente de correlação mais alto encontra-se entre *domínio físico* e *domínio psicológico*.

**Tabela 1 - Domínios e facetas do WHOQOL- abreviado**

---

Domínio 1 - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações pessoais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção
  17. Ambiente no lar
  18. Recursos financeiros
  19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
  20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
  21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
  22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
  23. Transporte
- 

**Fonte:** GRUPO WHOQOL NO BRASIL, 2000.

As características psicométricas deste instrumento preencheram os critérios de consistência interna e confiabilidade teste-reteste.

A análise dos resultados foi baseada nas normas de correção estatísticas que estabelece “quanto maior o escore, mais desfavorável à QV do paciente”.

f) - Para investigar a respeito da vida cotidiana dos pacientes foi elaborado um roteiro da entrevista específica (parte II). Trata-se de uma entrevista semiestruturada que foi utilizada com pacientes com TOC por meio de 18 perguntas abertas a respeito do cotidiano

deles que possibilitem identificar aspectos da rotina diária no que se refere ao uso das HS no enfrentamento do TOC.

Assim, após a conclusão da Pesquisa Documental (estudo I), obtida por meio dos prontuários, os pacientes identificados com diagnóstico de TOC foram convidados, via telefone, a participar da pesquisa etapa II, onde foram previamente informados a respeito da importância da participação dos mesmos e dos instrumentos a serem respondidos. Nesta fase do estudo, os atendimentos foram previamente agendados e realizados em três sessões com a duração de uma hora cada (60 minutos). A adesão ao estudo foi condicionada à aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Durante o primeiro encontro os pacientes foram informados a respeito de todo o procedimento que incluía o preenchimento de uma ficha de identificação, Inventário de Obsessões e Compulsões, IHS-Del Prette, o WHOQOL-abreviado (Questionário de QV), devidamente selecionados para essa pesquisa.

O segundo encontro previamente agendado caracterizou-se pela realização da entrevista semiestruturada (roteiro I), com perguntas abertas sobre os aspectos afetivos sociais orgânicos e trabalho.

No terceiro encontro, foi realizado o roteiro II da entrevista semiestruturada com perguntas relacionadas à vida diária dos referidos pacientes, que possibilitassem identificar a utilização ou não das HS no contexto do enfrentamento do TOC na vida cotidiana.

### **3.2.7 Análise dos dados**

As análises dos dados foram realizadas no modelo descritivo, buscando verificar a frequência entre TOC, os fatores de HS, os indicadores de QV e prevalências.

O IHS-Del Prette produz um escore geral, referenciado à norma em termos de percentis, e escores em cinco fatores: F1) Autoafirmação e enfrentamento com risco, F2) Autoafirmação na expressão de afeto positivo, F3) Conversação e desenvoltura social, F4) Autoexposição a desconhecidos ou a situações novas e F5) Autocontrole da agressividade ou a situações aversivas. O escore total permite uma primeira avaliação da existência de recursos e déficits em HS no repertório do respondente. Porém, considerando o caráter situacional das habilidades sociais anteriormente referidas, é necessário verificar o quanto tais déficits são generalizados ou em quais áreas de habilidades específicas eles estão localizados.

A análise dos valores obtidos pelo respondente nos diferentes fatores e em itens específicos permite a identificação de necessidades de treinamento ou de atendimento em



grupos terapêuticos, sendo fundamental para o planejamento de programas de Treinamento de Habilidades Sociais em grupo.

No tocante à frequência dos itens, foram calculados os escores médios para cada item do IHS-Del Prette. Obtiveram-se também as porcentagens de pontuação ou frequência nos escores de 0 a 4 para cada item deste instrumento.

Os postos percentílicos foram obtidos a partir da distribuição dos escores totais dos sujeitos, conforme o gênero a que pertenciam. Apresentar-se-á o valor de uma pontuação direta, expressa em escores brutos, e a sua transformação em outra pontuação de mais fácil interpretação, expressa em percentis.

A interpretação (classificação) do repertório de HS dos sujeitos foi realizada de acordo com os percentis obtidos a partir de seus escores brutos, em conformidade com o modelo proposto por Del Prette e Del Prette (2001) no estudo de normatização do instrumento, com a classificação a seguir: percentil 100 a 75% para repertório bastante elaborado, 75 a 50% para repertório bom (acima da mediana), 50 a 25% para repertório bom (abaixo da mediana) e abaixo de 25% para repertório deficitário.

No IOC-R, os itens são respondidos em termos de quanto à pessoa tem experimentado os sintomas descritos, como por exemplo, em: “Mantenho da mesma forma as coisas que dão certo” ou “Fico aborrecido se os objetos não forem organizados corretamente”, dadas em escala do tipo Likert de 0 a 4 pontos, sendo que zero, correspondia a “De modo nenhum” e quatro, a “Extremamente” (SILVA et al., 2011).

Para calcular os pontos brutos soma-se o total de cada grupo de resposta para verificar qual a temática de maior pontuação. Quanto maior a pontuação total na escala, maior a prevalência dos sintomas, sendo que o fator com maior escore indica a temática de sintomas que se destaca no paciente.

Os escores de QV da WHOQOL-abreviada foram realizados de acordo com o algoritmo construído e padronizado pela OMS no programa SPSS 8.0.0 (SPSS Inc. Chicago, Estados Unidos). Este algoritmo considera o número de questões respondidas em cada um dos domínios do instrumento e padroniza os escores para que esses, em todos os domínios, variem de 0 a 100 pontos (100 pontos = escore mais favorável possível). Os valores das três questões (Q3, Q4, Q26) formuladas na direção oposta (quanto maior o escore, mais desfavorável a situação) foram invertidos pelo algoritmo para composição final do escore.

A taxa de prevalência (P) é estimada pela fórmula:  $P = \frac{N}{p}$  ;

Onde:

N é o número de pessoas com o evento de interesse do estudo (infecção, depressão, TOC, etc.);

P é a população sob risco de apresentar o evento de interesse do estudo.

Por exemplo, no presente estudo  $P=498$  pacientes, que foram atendidos no CAPS II no decorrer do ano de 2013 por apresentar transtornos mentais. Desses pacientes, 3 foram diagnosticados com TOC. Dessa maneira a prevalência  $P = \frac{3}{498} = 0,0004 = 0,6\%$ .

A taxa de prevalência frequentemente é expressa multiplicada por um fator. Por exemplo, a taxa de prevalência de hanseníase no Brasil, em 1995, foi de 4,8 por 100.000 habitantes (ESTUDOS DE PREVALÊNCIA, 2015).

A técnica de análise de conteúdo foi utilizada na avaliação qualitativa das entrevistas semiestruturadas (roteiro I e II), seguindo as concepções de Bardin (2011).

A proposta de Bardin (2002) possui três fases distintas e interconectadas, consistindo em: pré-análise, exploração do material e por último o processamento dos resultados, inferência e interpretação. A técnica de análise temática ou categorial de acordo com Bardin (2002) baseia-se em operações de sistematização e separação do texto em unidades, o que exige identificar os diferentes núcleos de sentido presentes nos textos.

Deste modo, recorreremos à sistematização dos dados conforme a análise de conteúdo de L. Bardin (2011) obtendo a seguinte organização:

a) Pré-análise: Leitura flutuante e a determinação de indicadores. Nesta pré-análise, Bardin propõe a realização das primeiras leituras de aproximação com as informações.

b) Fase de exploração das informações em que foi realizado seu reagrupamento em classes ou categorias temáticas, respeitando os critérios de exaustividade e homogeneidade na distribuição e agrupamento adequado das informações, sendo também necessário, manter-se integrado ao referencial teórico e conceitual.

Segundo Bardin (2011), a fase de exploração do material é a mais duradoura e o momento da codificação é quando os dados brutos são transformados de forma organizada e agregadas em unidades de análise as quais permitem uma descrição das características pertinentes ao conteúdo. Identificação das unidades de análise que se dividem em Unidades de Registro (UR) e Unidades de Contexto (UC). A Unidade de Contexto (UC) ou de significações é a compreensão que codifica a Unidade de Registro, que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da Unidade de Registro. As Unidades de Contexto sustentam em diferentes mensagens as Unidades de Registro.

Para este trabalho, as Unidades de Contexto foram subtraídas das respostas das entrevistas individuais dos três pacientes identificados no estudo I. É importante atentar-se para a adequada categorização considerando a exclusão mútua entre as categorias, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade.

A forma de construção dessas etapas da análise deve estar envolvida pelo posicionamento teórico do pesquisador, seus interlocutores conceituais e empíricos, seus objetivos e interrogantes principais, para possibilitar uma ação interpretativa.

c) Nesta fase foram realizados o processamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A sistematização dos dados foi realizada através da elaboração dos quadros, obedecendo a relação entre a Pauta de entrevista e as UR e UC. Obtivemos três amostras referentes às entrevistas realizadas (roteiro I e roteiro II) com os pacientes.

A organização das respostas nas entrevistas e a sistematização das mesmas destinadas a cada sujeito possibilitou a identificação de três categorias: Habilidades Sociais, Qualidade de Vida e TOC e subdivididas em 13 unidades de registros (UR).

Após cada sistematização das categorias, realizou-se a análise e discussão dos dados, tendo nos relatos dos pacientes o embasamento para responder os problemas e objetivos da pesquisa. Buscamos relacionar as “falas” dos sujeitos com nosso referencial teórico.

### **3.2.8 Procedimentos Éticos Legais**

Os procedimentos éticos foram resguardados, mediante a apresentação deste projeto ao Comitê de ética e pesquisa (CEP) da UNIR, o qual considerou os aspectos ético-legais que envolvem a pesquisa em seres humanos, preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme a resolução no 466/2012.

Para participar do estudo, após a explicação dos objetivos e finalidades do mesmo, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual garantiu autonomia, sigilo e confidencialidade dos dados, a todos os sujeitos que participaram da pesquisa de forma consentida.

## 4 RESULTADOS

A amostra desse estudo foi composta de 498 prontuários de pacientes que foram atendidos no ambulatório CAPS II – Porto Velho - RO, no decorrer do ano de 2013. Destes, foram excluídos 83 prontuários em razão da ausência de dados suficientes para apesquisa, totalizando ao final do estudo I, 415 prontuários.

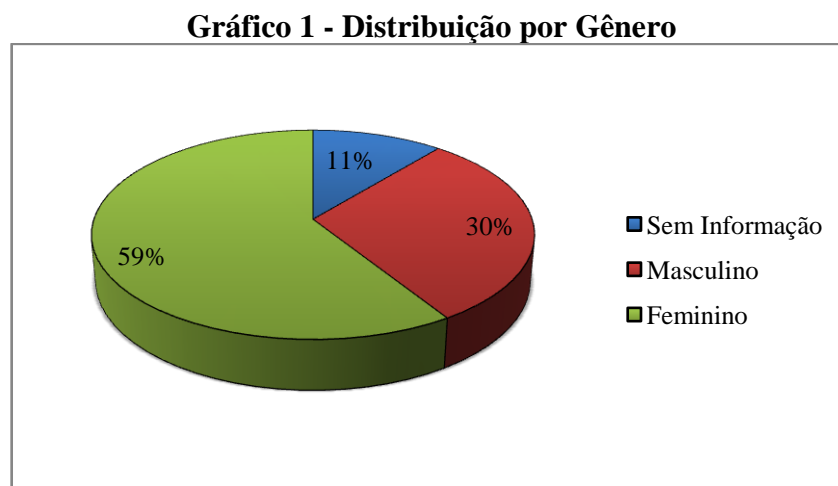
Após a pesquisa documental, realizou-se a verificação da consistência dos dados o que significa que todas as variáveis dos prontuários foram todas conferidas.

Os resultados desse estudo permitiram caracterizar as prevalências dos TM dos usuários atendidos no CAPS II, bem como a prevalência de pacientes com diagnóstico de TOC.

### 4.1 RESULTADOS DO ESTUDO I

#### 4.1.1 Caracterização da amostra quanto ao gênero

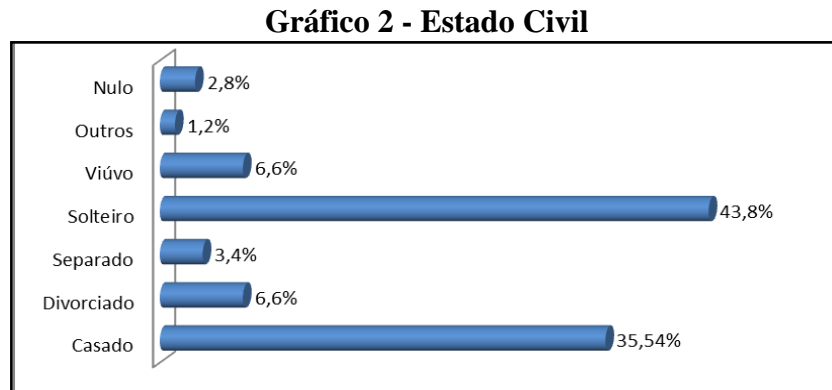
Entre os prontuários pesquisados no ambulatório do CAPS II, houve prevalência do público feminino 59%, sendo 30% masculino e 11% sem informação. Verificou-se, assim, a predominância do público feminino na busca por atendimento:



**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

#### 4.1.2 Caracterização da amostra quanto ao estado civil

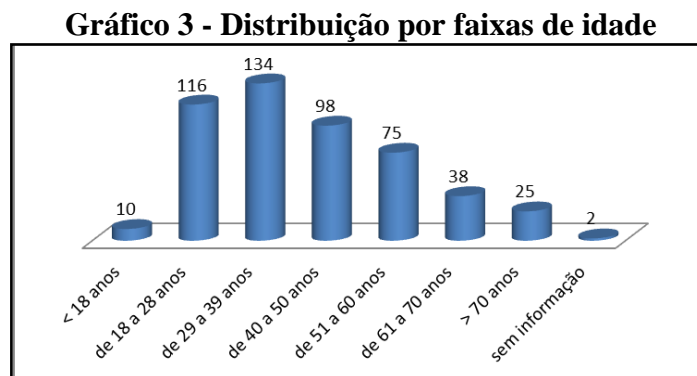
Quanto ao estado civil, constatou-se uma porcentagem de 43,8% solteiros, 35,54% casados, 6,6% divorciados, viúvos 6,6%, separados 3,4%, nulos 2,8% e outros 1,0%.



**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

#### 4.1.3 Quanto à faixa etária

No CAPS II Porto Velho, a faixa etária de usuários que procuraram atendimentos foi a 29 a 39 anos com 134 usuários, seguida pela faixa de 18 a 28 anos com um número de 116 usuários, a faixa etária de 40 a 50 anos foi a terceira maior com 98 usuários, na faixa de idade de 51 a 60 anos foram 75 usuários, o número diminui à medida que a idade aumenta. Na faixa de idade de 61 a 70 apenas, 38 usuários, acima de 70 anos, 25 usuários e menores de 18 anos somente 10 usuários:

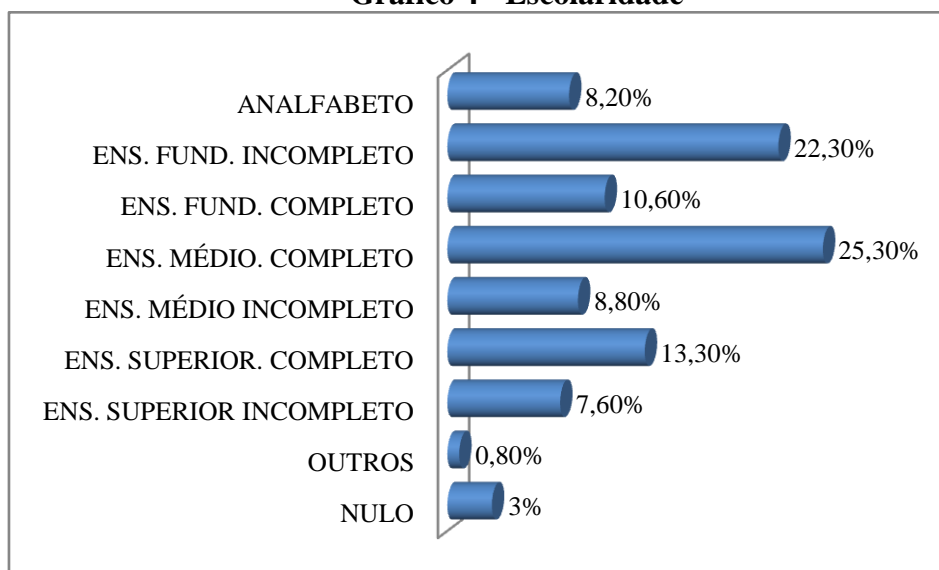


**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

#### 4.1.4 Quanto à escolaridade

No que se refere à escolaridade obteve-se uma prevalência de 0,80% para outros, 3,0% para nulos, 7,60% para ensino superior incompleto, 8,20% para analfabetos, 8,80% para ensino médio incompleto, 10,60% para ensino fundamental completo, 22,70% para ensino fundamental incompleto e 25,30% para ensino médio completo.

**Gráfico 4 - Escolaridade**



**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

Do montante de prontuários avaliados (498), 126 pessoas apresentaram ensino médio completo o que pode ser considerado um aspecto positivo nesses pacientes, pois, é notório que o grau de instrução exerce um forte impacto sobre a capacidade de as pessoas interagirem socialmente.

#### 4.1.5 Prevalências dos transtornos mentais documentados no estudo I

Os estudos de prevalência em saúde mental visam o levantamento de dados e, também, podem mostrar possibilidades de melhorias no funcionamento do serviço, apontando os transtornos mais comuns e, assim, direcionar as ações apropriadas de acordo com a população. Uma das formas de melhorar e aperfeiçoar a assistência consiste na caracterização da clientela assistida.

A prevalência dos transtornos mentais detectados na amostra total esta apresentada no gráfico 5 e são referenciados nas descrições clínicas e diagnósticas da CID-10 (OMS, 1993), bem como, o agrupamento, quando o paciente apresentou mais de um diagnóstico.

O transtorno mental mais prevalente no estudo I, desta pesquisa, no CAPS II – Porto Velho – RO, foi a depressão com 27, 1%. O transtorno depressivo também apareceu como comorbidade em pacientes com esquizofrenia no percentual de 0,4%. O transtorno bipolar afetivo apareceu em 1,4%, transtorno do estresse e ansiedade 1,0%, transtornos de ansiedade 4,4% e transtornos psicóticos 0,6%.

A prevalência do transtorno de ansiedade coletada nos prontuários do CAPS II - Porto Velho - RO foi de 25,1%. A ansiedade apresentou-se como comorbidade no transtorno de estresse em 1,0%, TOC 0,2%, transtorno bipolar afetivo 0,6% e na depressão 4,4%.

Os transtornos esquizofrênicos e psicóticos agudos foi a terceira maior prevalência encontrada nesse estudo com 5,2%. As comorbidades estavam associadas aos quadros depressivos graves em 0,4%. Já os transtornos psicóticos agudos obtiveram apenas 0,2%, estando presente no retardo mental e na depressão grave 0,6%.

A prevalência obtida para o TAB alcançou 5,0% dos prontuários estudados no CAPS II, ocupando a quarta maior prevalência desse estudo. O TAB foi verificado como morbidade também nos transtornos de ansiedade em 0,6% de prevalência.

Houve uma prevalência significativa para o retardo mental nos prontuários do CAPS II, alcançando 4,2%. Verificou-se comorbidade com o retardo mental e nos transtornos psicóticos agudos 0,2%.

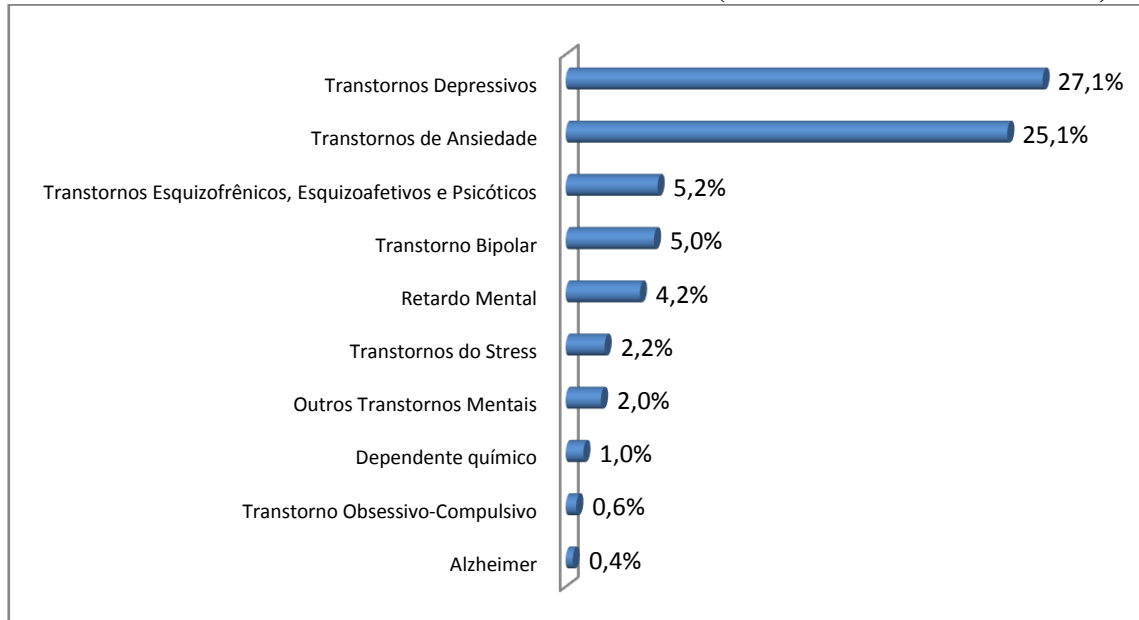
A prevalência encontrada, neste estudo para os transtornos do estresse foi de 2,2%. As comorbidades também foram constatadas nos transtornos depressivos em 1,0%, na ansiedade 1,0% e no transtorno bipolar afetivo 0,6%.

Em relação à dependência química, a prevalência obtida nos prontuários, deste estudo foi de 1,0%. Essa baixa prevalência pode ser explicada em razão do CAPS II não concentrar os atendimentos para dependentes químicos. Esses atendimentos são realizados com maior especificidade no CAPSad (álcool e drogas).

Em relação ao TOC, a prevalência do transtorno na população atendida no CAPS II foi 0,6% e casos associados aos transtornos de ansiedade como comorbidade 0,2%. Documentamos um do total dos três pacientes identificados, sendo duas mulheres e um homem.

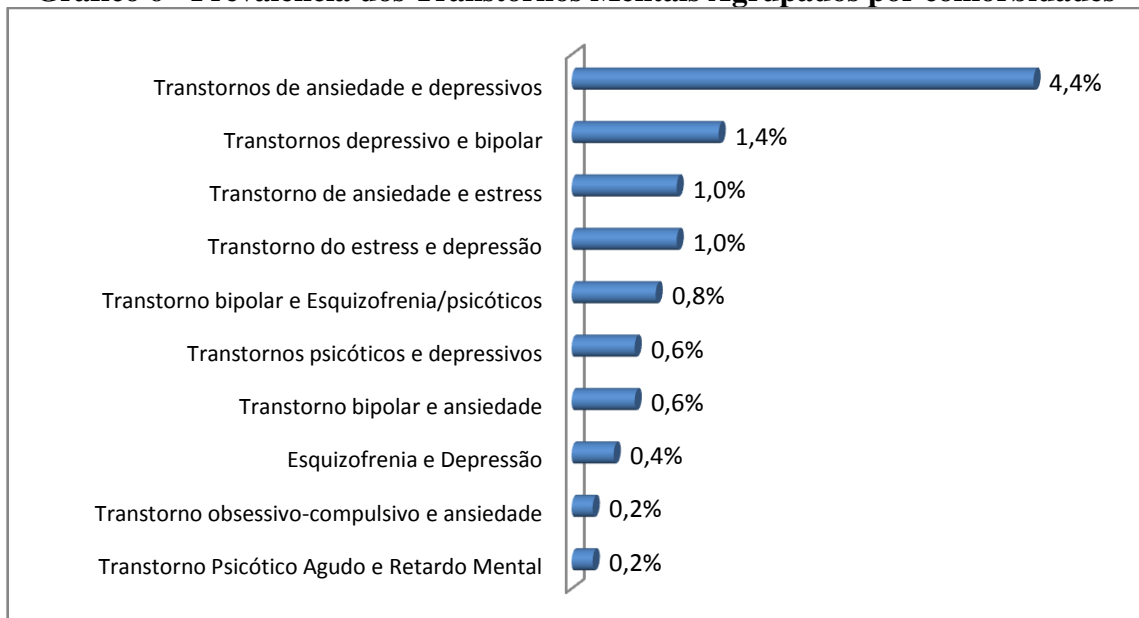
Uma prevalência de 0,4 % foi encontrada na etapa da pesquisa documental no CAPS II para a doença de Alzheimer e Parkinson que, geralmente, acometem a população mais idosa.

**Gráfico 5 - Prevalência dos Transtornos Mentais (CAPS II- Porto Velho - RO)**



**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

**Gráfico 6 - Prevalência dos Transtornos Mentais Agrupados por comorbidades**



**Fonte:** Coleta de dados, 2014.



#### 4.1.6 Discussão do Estudo I

Os transtornos mentais causam considerável impacto na vida de uma pessoa em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa QV. A OMS, por meio do estudo *Global Burden of Disease*, realizado em 54 países na década de 1990, estimou o impacto das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo em termos de morbidade e mortalidade. Os resultados concluíram que 30,8% dos afastamentos do trabalho, por motivo de doenças, são decorrentes de transtornos mentais (OMS, 2001).

Os principais fatores de risco dos transtornos mentais graves são: a história familiar (1º grau) de psicose; personalidade vulnerável (esquizotípica e esquizoide); funcionamento pré-morbido alterado; antecedentes de traumatismo craniano (TC) e retardo mental (baixo QI) (SILVEIRA et al., 2011).

Nessa concepção, estudos de prevalência são frequentemente usados para planejamento em saúde pública e como etapa inicial (linha de base) para avaliar Programas de Controle. São também utilizados na seleção de participantes para outros como caso-controle, coorte e ensaios clínicos.

Assim, estudos de prevalência possibilitam estudar não somente os casos atendidos em serviços de saúde, mas também aqueles identificados na comunidade. Estudos populacionais permitem descrever a frequência e a distribuição dos transtornos na comunidade, bem como, identificar possíveis fatores de risco, bem como, esse tipo de estudo auxilia na identificação de possíveis fatores de risco e ajudam na avaliação da necessidade de serviços de saúde (ESTUDOS DE PREVALENCIA, 2015).

Bellettini e Gomes (2009), em estudo documental de abordagem quantitativa, traçaram o perfil dos usuários da região sul do Brasil, pesquisando 208 prontuários disponíveis no CAPS I e 401 no Programa de Saúde Mental no período de janeiro de 2009 até junho de 2010. A coleta focou nos seguintes dados: gênero, idade, diagnóstico, profissionais consultados pelos usuários, internação psiquiátrica e uso de psicofármacos. Mostrou-se que no CAPS I 65% dos usuários são do sexo feminino, 37% com idade entre 41 – 50 anos. A hipótese diagnóstica de maior frequência (38%) é de transtornos classificados pela CID – 10 entre F30 e F39 (transtornos afetivos de humor). O percentual de 37% já teve internação psiquiátrica, 99% receberam atendimento psiquiátrico e 87% atendimento psicológico e finalmente 98% fazem uso de psicofármacos. No Programa de Saúde Mental 74% são do sexo feminino, 30% com idade entre 41 – 50 anos. A hipótese diagnóstica de maior frequência (42%), também envolveu transtornos classificados pela CID-10 entre F30 e F39. Desse total

6% teve internação psiquiátrica, 97% recebeu atendimento psiquiátrico e 11% psicológico e ainda 97% fazem uso de psicofármacos.

O estudo realizado no CAPS II - Porto Velho - RO corrobora com o estudo realizado por Bellettini e Gomes (2009), citado acima, haja vista ser constatado que a maioria do público usuário atendido no ambulatório de saúde mental é composto por mulheres. Os transtornos com maior prevalência também foram a depressão e a ansiedade.

No CAPS II – Porto Velho – RO, em relação ao estado civil, as prevalências encontradas foram: pessoas solteiras (43,8%), divorciadas (6,6%), separadas (3,4%), totalizando 53,8%. Mesmo com poucos estudos encontrados com essa temática, Guedes (2001) refere que as relações amorosas são igualmente afetadas, devido aos graus de ansiedade que os mesmos necessitam dispor. É comum pacientes com transtornos mentais apresentarem deterioração nas situações de trabalho, escola, família, tanto nas relações sociais, quanto no desempenho de tarefas cotidianas simples.

A faixa etária mais comprometida foi a de 29 a 39 anos de idade (134 prontuários), o que corresponde a uma etapa da vida em que uma pessoa mais produz. Nesse caso, grande parte dessas pessoas está economicamente inativa, devido ao comprometimento de sua saúde mental.

Um achado que contrapõe a literatura se refere ao item escolaridade em que a maioria dos usuários atendidos no CAPS II - Porto Velho - RO possuía ensino médio completo (25,3%), enquanto que de maneira geral a maioria dos estudos verificados mostra que população usuária desses serviços apresenta baixa escolaridade. Reis et al. (2013) cita que, de uma maneira geral, pacientes com transtornos mentais apresentam mais dificuldades para completar sua escolarização. O mesmo autor mencionou que quanto mais baixo o nível educacional do indivíduo maior possibilidade de ele apresentar transtorno mental.

Nesse sentido, o achado em relação a escolaridade dos pacientes do CAPS II-Porto Velho-RO suscita questões sobre o perfil dos usuários dos serviços de saúde pública: a busca de ajuda ou tratamento estaria associada ao grau de conhecimentos ou acesso a informações? Futuros estudos podem tornar possíveis essas questões.

Em síntese, o objetivo do estudo I foi de identificar a prevalência do TOC em uma unidade de saúde mental (CAPS II) no município de Porto Velho – RO. Para esse fim, foi realizado um estudo documental com um total de 498 prontuários de pacientes atendidos no decorrer do ano de 2013, em que se obteve a prevalência de 0,6% e um caso associado ao transtorno de ansiedade com prevalência de 0,2%. Esse percentual encontrado pode ser considerado baixo em relação a outros estudos já mencionados, tais como: 1% nos estudos de

Diniz et al. (2012), de 2% a 2,5% nos estudos de Torres e Lima (2005) e 3,3% no estudos de Vivan et al. (2013) em diferentes populações. Nos Estados Unidos, Ruscio et al. (2010) encontraram uma prevalência estimada em 1,2% no último ano e 2,3% ao longo da vida. Essas taxas podem variar de acordo com o país onde o estudo foi realizado (DE MATHIS, 2011).

A prevalência mundial referida no DSM-V (2014), situa-se entre 1,1 a 1,8% onde o sexo feminino é afetado em uma taxa um pouco mais alta do que o masculino na idade adulta. Os meninos são mais afetados comumente na infância, esses dados vêm ao encontro das informações encontradas na literatura (OMS, 2008).

A baixa prevalência encontrada no estudo documental realizado no CAPS II – Porto Velho - RO, vem confirmar o exposto por Miguel et al. (2008), de que desconhecimento sobre a doença por parte do próprio paciente, dos seus familiares e até mesmo dos profissionais da saúde em reconhecer os sintomas promovem a demora na busca de ajuda.

Uma revisão de literatura foi realizada com intuito de apresentar dados de prevalência com população de serviço público de saúde e populações específicas, que serão descritas a seguir:

**Quadro 1 - Descrição comparativa entre os dados encontrados no CAPS II – Porto Velho com dados da literatura nacional**

<b>Transtorno/ Doença</b>	<b>CAPS II PVH - RO</b>	<b>Literatura. Brasileira</b>	<b>População</b>	<b>Nome do estudo/ autor/ano</b>
Depressão	27,1 %	23,9%	Unidade de atenção primária (SUS)	Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Molina et al., (2012)
Ansiedade	25,1 %	75%	Ambulatório de psiquiatria (SUS)	Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. (Munaretti e Terra, (2007)
Transtorno Esquizofrênico	5,2 %	75,3 %	CAPS (SUS)	Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos centros de atenção psicossocial. Silveira et al. (2011).
Transtorno Bipolar	5,0 %	6%	Ambulatório de saúde (SUS)	O perfil do usuário e o diagnóstico prevalente do ambulatório de saúde mental de Santa Maria-RS. Palmeiro et al. (2009)
Retardo Mental	4,2 %	10.5%	CAPS Infanto juvenil- SUS	Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. Delfiniet al. (2009)
Transtorno de Estresse	2,2 %	5,25 %	População específica	Estresse psicológico em uma área do programa de saúde da família. Dircksen, Dircksen e Campos, (2015).
Dependência Química	1,0 %	48	CAPS AD-SUS	Perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba. Ribeiro et al. (2012)

TOC	0,4 %	3,3%	População específica (estudantes do ensino médio)	Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo e de sintomas obsessivo-compulsivos e qualidade de vida em adolescentes. Vivanet al. (2013)
Alzheimer	0,4 %	7,1%	Ambulatório de saúde.	Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva-SP. Herrera Jr., Caramelli e Nitrini (1998)

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

Em relação à depressão em usuários de unidades de atenção primária, Molina et al. (2012) apontou que a prevalência foi de 23,9% (n = 256), apresentando-se mais evidente nas mulheres, com 4 a 7 anos de escolaridade, de classe socioeconômica D ou E, que abusam ou são dependentes de álcool, com algum transtorno de ansiedade e com risco de suicídio. Em revisão de literatura brasileira já há uma clara evidencia de que esses números aumentaram. As projeções da OMS indicam a depressão como quarta principal causa de incapacitação em todo o mundo. Em 2030 ela será a doença mental mais prevalente no planeta, superando o câncer e algumas doenças infecciosas (NAKAMURA; SANTOS, 2007).

Um estudo realizado em um ambulatório de psiquiatria da região sul do Brasil, sobre transtornos de ansiedade: prevalência e comorbidade com tabagismo realizado por Munaretti e Terra (2007) verificou-se a frequência de 75% para os transtornos de ansiedade, sendo mais frequentes fobia específica e TAG com 26,2% cada um. Tabagistas representaram 21,43% da amostra, e a maior parte destes obteve escore leve para o grau de dependência. Constatou-se associação entre ser portador de TAG e ser tabagista e a chance dos pacientes portadores de TAG fumarem é 5,2 vezes em relação aos que não têm esse transtorno de ansiedade. O estudo apontou que os transtornos de ansiedade têm uma frequência elevada entre pacientes ambulatoriais, sendo importante sua identificação. A frequência de tabagismo entre pacientes com transtorno de ansiedade é alta, apresentando importante associação com TAG e por isso deve também ser foco de atenção no tratamento desses pacientes.

O transtorno de ansiedade aumenta a probabilidade de desenvolver outros transtornos adicionais ao indivíduo, bem como, aumenta a vulnerabilidade de dependência ao uso de drogas e álcool (CLARK; BECK, 2012).

Em dados de pesquisas realizados em CAPS, na região nordeste do Brasil, sobre a caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, foram encontrados uma alta prevalência de pacientes com esquizofrenia, sendo 73,3% de um montante de 1.444 prontuários estudados. Os usuários com menos de 24 anos representavam 33%, enquanto 54% estavam igualmente distribuídos nas faixas etárias de 25-35 e 35-46 anos de idade. Em relação ao gênero, 79,9% eram do gênero masculino mostrando relação

significativa entre gênero e diagnóstico. A maioria tem a vida profissional comprometida ou não tem profissão (SILVEIRA et al., 2011).

Uma prevalência de 6% foi apontada por Palmeiro et al. (2009) referente ao TAB ao traçar o perfil do usuário e o diagnóstico prevalente no ambulatório de saúde mental da Região sul do Brasil. Dados da OMS informam o TAB como a sexta causa de incapacidade e a terceira entre as doenças mentais, após depressão unipolar e esquizofrenia. A carga da doença é causada pelas comorbidades psiquiátricas e físicas e pela baixa adesão ao tratamento. Os custos da doença são decorrentes, principalmente, dos custos indiretos da doença (custos para a família e para os serviços públicos de saúde). A incapacidade funcional ocasionada pelo TAB é comparável à de muitas doenças crônicas.

Delfiniet al. (2009), em pesquisa que traçaram o perfil dos usuários de um CAPS infanto-juvenil da região sudeste do Brasil encontraram uma prevalência de 10,5% de retardo mental. O retardo mental apareceu como hipótese diagnóstica mais frequente, presente em 20% dos casos, enquanto para os meninos essa hipótese corresponde por apenas 4,8%. Essa pesquisa concluiu que o número elevado de crianças com retardo mental pode indicar características específicas da instituição estudada, que absorveu pacientes e profissionais de um antigo serviço de reabilitação. O grande número de questões relevantes não encontradas aponta para a falta de padronização dos prontuários.

A respeito do transtorno do estresse, encontramos um estudo sobre estresse psicológico em uma área do programa de saúde da família (SUS). Dircksen, Dircksen e Campos (2015) realizaram um estudo transversal por intermédio da revisão de prontuários. Foram selecionados os pacientes com estresse psicológico, por meio da Classificação Internacional das Doenças (CID -10). A prevalência de sofrimento psíquico foi de 5,25%, sendo 77,98% do sexo feminino. A faixa etária dos 26 aos 65 anos foi a mais acometida (77,98%). A prevalência de estresse psicológico encontrada mostrou-se abaixo da média das populações ocidentais. Porém, a prevalência foi próxima à encontrada em profissionais de serviços de emergências, tais como: policiais, bombeiros e profissionais ligados à saúde.

Ribeiro et al. (2012) traçou o perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na região nordeste do Brasil. A amostra foi composta por 48 prontuários com diagnóstico de dependência química disponíveis nas instituições no mês de novembro de 2011. A idade média dos dependentes foi de 39 anos, variando entre 14 e 62 anos; apenas 29,8% estavam empregados; 70,2% tinham profissão indefinida; 62,5% eram solteiros; 68,8% tinham somente o ensino fundamental incompleto; 83% não tinham religião e 60,4% utilizavam apenas o álcool como droga. Os dados coletados revelaram que a maioria

dos dependentes apresenta baixa escolaridade, desemprego e/ou profissão e religião indefinidas. A pesquisa revelou a necessidade de uma maior atenção por parte dos serviços de saúde coletiva em relação à prevenção primária, para evitar o uso exagerado do álcool, além disso, são imprescindíveis políticas públicas mais eficazes na assistência ao usuário dependente de substâncias psicoativas.

A investigação da prevalência do TOC foi um de nossos objetivos específicos. Nesse sentido, encontramos dois estudos: um com população específica (estudantes do ensino médio de escola pública) e outro com população de SUS. O primeiro estimou a prevalência de SOC e TOC em adolescentes e as características dos jovens com TOC, conforme o gênero e, o segundo, realizou a caracterização dos pacientes com TOC (um estudo epidemiológico).

Vivanet al. (2013), realizou um estudo com adolescentes na região sul do Brasil. No primeiro estágio, 2.323 estudantes foram rastreados para SOC; no segundo estágio, aqueles que apresentaram escores  $\geq$  igual a 21 na escala IOC-R foram entrevistados individualmente. A prevalência encontrada de SOC no último mês foi de 18,3% e a prevalência pontual de TOC, foi 3,3%. A pesquisa mostrou que adolescentes do sexo feminino mostraram escores mais altos. Apenas 9,3% dos adolescentes com TOC já haviam sido diagnosticados e 6,7% recebiam tratamento. Meninas com TOC demonstraram predominantemente depressão e meninos com TOC apresentaram mais transtornos de tique. Os autores mostraram que o TOC é um transtorno comum em adolescentes, embora poucos recebam tratamento para a doença.

Já Oliveira et al. (2012), em estudo retrospectivo e exploratório em instituição psiquiátrica da região sudeste do Brasil, caracterizou 61 pacientes acometidos por TOC quanto ao sexo, idade, proveniência, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora da internação, a amostra foi constituída predominante pelo sexo feminino (47-77%), a faixa etária acima de 41 anos (41-67%), provenientes da própria família (31-50,8%) e o tempo de internação de 30 dias (33-54,1%). O principal financiador das internações hospitalares foi o SUS (54-88,5%). A pesquisa concluiu que ações que visem diagnosticar precocemente o transtorno devem ser desenvolvidas para que o tratamento seja prontamente iniciado a fim de evitar o agravamento de obsessões e compulsões.

A prevalência de demência generalizada aumenta rapidamente com o envelhecimento. Em países com renda mais elevada, varia de 5 a 10% na sétima década até, pelo menos 25%. Dados estatísticos norte-americanos sugerem que 7% das pessoas diagnosticadas com doença de Alzheimer têm entre 65 e 74 anos de idade, 53% entre 75 e 84 anos, e 40% têm 85 anos ou mais. O percentual de demências atribuíveis à doença de

Alzheimer varia entre 60% a 90% dos casos, dependendo do contexto e dos critérios diagnósticos (DSM V, 2014).

Estudos de prevalência ainda são escassos no Brasil. O mais recente estudo encontrado foi o de Herrera Jr., Caramelli e Nitrini (1998) em que foram avaliadas 1.660 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na região sudeste do Brasil (cidade de Catanduva, estado de São Paulo). Foi encontrada uma prevalência de 7,1%. Entre os diagnósticos nosológicos mais frequentes, doença de Alzheimer foi responsável por 64 casos (54,1%), demência vascular por 11 (9,3%) e doença de Alzheimer associada à demência vascular por 17 casos (14,4%). Constatou-se que a prevalência de demência foi de 1,3% dos 65 aos 69 anos, elevando-se para 36,9% nas idades superiores a 84 anos. O sexo feminino foi o mais acometido, numa relação de 2:1. Houve evidente correlação negativa com a escolaridade, com a prevalência declinando de 11,8% em analfabetos para 2,0% naqueles com escolaridade superior a oito anos. O nível socioeconômico também se correlacionou negativamente com a prevalência de demência.

A prevalência de Alzheimer aparece mais elevada quando pesquisadas em instituições para idosos (DALGALARRONDO, 2000).

## 4.2 RESULTADOS DO ESTUDO II: OS CASOS ANALISADOS

Nessa etapa da pesquisa foi realizada a aplicação de instrumentos formais (IHS-Del Prette, IOC-R e WHOQOL-abreviada), para identificar indicadores do repertório de HS, temáticas de TOC e fatores relacionados à QV.

### 4.2.1 Resultados descritivos do IHS, Inventário de Obsessão-Compulsão, WHOQOL-abreviado e respostas das entrevistas

Os resultados obtidos através dos instrumentos selecionados para o estudo II permitiram caracterizar o repertório de HS, bem como os indicadores de QV e os sintomas de TOC mais prevalentes no IOC-R nos participantes dessa pesquisa.

Os dados permitiram caracterizar déficits e reservas de HS nos pacientes identificados com diagnóstico de TOC que estão descritos nas tabelas 4, 5, e 6, respectivamente. Os resultados serão apresentados a partir do escore geral e das cinco classes de HS que constituem o IHS-Del Prette.

**Tabela 2 - Dados descritivos sobre repertório de Habilidades Sociais (Sujeito 1)**

FATORES	Fatores/Percentil	Escore Total	Percentil
		56,18	01
F1- Enfrentamento e autoafirmação com risco	4,24 P= 03		
F2-Autoafirmação na expressão de sentimento positivo.	5,30 P=05		
F3- Conversação e desenvoltura social	4,22 P=05		
F4- Autoexposição a desconhecidos e situações novas.	1,27 P=05		
F5- Autocontrole da agressividade	1,00 P=35		

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

**Tabela 3 - Resultados do Inventário de HS (Sujeito2)**

Fatores	Fatores/Percentil	Escore Total	Percentil
		54,35	01
F1 Enfrentamento e autoafirmação com risco	4,02 P= 05		
F2-Autoafirmação na expressão de sentimento positivo	3,137 P=01		
F3- Conversação e desenvoltura social	4,068 P=05		
F4- Autoexposição a desconhecidos e situações novas.	1,45 P=01		
F5- Autocontrole da agressividade	0,63 P= 35		

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

**Tabela 4 - Resultados do Inventário de HS (Sujeito 3)**

Fatores	Fatores/Percentil	Escore Total	Percentil
		117	95
F1 Enfrentamento e autoafirmação com risco.	13,02 P=85		
F2-Autoafirmação na expressão de sentimento positivo.	11,4 P=90		
F3- Conversação e desenvoltura social	9,21 P=99		
F4- Autoexposição a desconhecidos e situações novas.	4,73 P=85		
F5- Autocontrole da agressividade	0,82 P=45		

**Fonte:** Coleta de dados, 2014

Na caracterização do repertório de HS, observa-se que o sujeito 1, descrito na tabela 4, apresentou escore abaixo do percentil 25, ou seja, pode-se considerar um repertório de HS bastante deficitário. Um resultado semelhante foi apresentado pelo sujeito 2, conforme descrito na tabela 5, o que indica um repertório também deficitário (escore total 54,35 e percentil abaixo de 25). Esses dados são indicadores de dificuldades semelhantes na utilização de recursos nas relações sociais como um todo. Em relação ao sujeito 3, a análise de seus resultados indicou um repertório bastante elaborado de HS (obteve um percentil 95), conforme descrito na tabela 4.

Na caracterização dos fatores (F1- Enfrentamento e autoafirmação com risco, F2- Autoafirmação na expressão de sentimento positivo, F3- Conversação e desenvoltura social, F4- Autoexposição a desconhecidos e situações novas e F5- Autocontrole da agressividade),



os sujeitos 1 e 2 apresentaram percentis bastante deficitários (todos abaixo da faixa mediana), nos quatro primeiros fatores, respectivamente.

Outro dado comum encontrado nos sujeitos 1 e 2, refere-se ao fator 5 (Autocontrole da agressividade e a situações aversivas), onde o percentil foi o que apresentou melhor desenvoltura (obtiveram percentil 35), situando-se na faixa abaixo da mediana (a faixa média situa-se em percentil 50).

Para o sujeito 3, o fator 5 foi o de menor desempenho, dentre os cinco fatores, que obteve percentil 45 (abaixo da mediana). Os demais fatores situaram-se na faixa de repertório bastante elaborado (percentil entre 85 a 99).

Qualitativamente, os resultados observados no IHS-Del Prette, permitiram identificar um repertório bastante elaborado no sujeito 3, em quatro dos cinco fatores, sendo o autocontrole da agressividade e situações aversivas, o menos elaborado. Um aspecto relevante a ser mencionado se refere ao fato desse sujeito possuir maior tempo de acompanhamento psicoterapêutico (seis meses).

Nos sujeitos 1 e 2 ocorreu o inverso. Ambos apresentaram melhor desenvoltura no fator 5 (autocontrole da agressividade e situações aversivas), pois esses sujeitos consideraram que obtiveram melhoras com o tratamento psicológico. Os déficits apresentados nos outros quatro fatores são reconhecidos pelos sujeitos como dificuldades que atrapalham na adaptação social como um todo.

#### **4.2.2 Resultados descritivos do Inventário de Obsessão-Compulsão (IOC-R)**

O IOC-R avalia os sintomas mais prevalentes do TOC. A análise do resultado obtido no sujeito 1 totalizou 33 pontos, apresentando o predomínio da temática limpeza com seis pontos, seguida pelos sintomas relacionados à organização com cinco pontos.

O sujeito 2 obteve um total de 28 pontos, onde a temática de maior pontuação foi a neutralização com seis pontos e cinco pontos para os sintomas ligados a limpeza, constituindo-se um fator comum aos sujeitos 1 e 2.

O sujeito 3 totalizou 29 pontos, com maior pontuação na temática de neutralização, seguida pelo fator organização com 5 pontos. Os sintomas atrelados a temática organização foi o fator comum entre o sujeito 3 e 1, e a temática do TOC comum para os sujeitos 3 e 2 foi a neutralização.

**Quadro 2 - IORC – Inventário de Obsessão-Compulsão (Sujeito 1)**

Perguntas	0 Nada	1 Um Pouco	2 Moderadamente	3 Muito	4 Extremamente
1- Mantenho da mesma forma o que dá certo.	-	1 (33,33%)	-	-	-
2- Verifico as coisas mais vezes que o necessário.	-	-	-	1 (33,33%)	-
3- Aborreço-me se os objetos não forem organizados corretamente.	-	-	1 (33,33%)	-	-
4- Sinto-me obrigado a contar quando estou fazendo as coisas.	-	-	-	1 (33,33%)	-
5- É difícil tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos.	-	1 (33,33%)	-	-	-
6- Tenho dificuldade em controlar meus próprios pensamentos.	-	-	-	-	1 (33,33%)
7- Junto coisas que não preciso.	-	1 (33,33%)	-	-	-
8- Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas.	-	-	-	1 (33,33%)	-
9- Aborreço-me se os outros mudam a forma como organizo as coisas.	-	1 (33,33%)	-	-	-
10-Sinto que tenho que repetir determinados números.	1 (33,33%)	-	-	-	-
11-Às vezes tenho que me lavar porque me sinto contaminado.	-	-	1 (33,33%)	-	-
12-Aborreço-me pelos pensamentos desagradáveis que tenho contra minha vontade.	-	-	-	-	1 (33,33%)
13-Evito jogar coisas fora porque fico com medo de que eu possa precisar delas.	-	1 (33,33%)	-	-	-
14-Verifico repetidamente o gás, torneiras e interruptores após tê-los desligados.	-	-	-	1 (33,33%)	-
15-Necessito que as coisas sejam organizadas em uma ordem particular.	1 (33,33%)	-	-	-	-
16-Sinto desconforto quando me deparo com determinados números.	1 (33,33%)	-	-	-	-
17-Lavo minhas mãos mais que o necessário.	-	1 (33,33%)	-	-	-
18-Frequentemente começo pensamentos indecentes dos quais é difícil livrar-me.	-	-	-	1 (33,33%)	-

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

**Quadro 3 - IORC – Inventário de Obsessão-Compulsão (Sujeito 2)**

Perguntas	0 Nada	1 Um Pouco	2 Moderadamente	3 Muito	4 Extremamente
1- Mantenho da mesma forma o que dá certo.	-	1 (33,33%)	-	-	-
2- Verifico as coisas mais vezes que o necessário.	-	-	-	1 (33,33%)	-
3- Aborreço-me se os objetos não forem organizados corretamente.	-	-	-	1 (33,33%)	-
4- Sinto-me obrigado a contar quando estou fazendo as coisas.	-	1 (33,33%)	-	-	-
5- É difícil tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos.	1 (33,33%)	-	-	-	-
6- Tenho dificuldade em controlar meus próprios pensamentos.	-	-	-	1 (33,33%)	-
7- Junto coisas que não preciso.	1 (33,33%)	-	-	-	-
8- Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas.	-	1 (33,33%)	-	-	-
9- Aborreço-me se os outros mudam a forma como organizo as coisas.	-	-	-	-	1 (33,33%)
10-Sinto que tenho que repetir determinados números.	1 (33,33%)	-	-	-	-
11-Às vezes tenho que me lavar porque me sinto contaminado.	1 (33,33%)	-	-	-	-
12-Aborreço-me pelos pensamentos desagradáveis que tenho contra minha vontade.	-	-	-	-	1 (33,33%)
13-Evito jogar coisas fora porque fico com medo de que eu possa precisar delas.	-	-	1 (33,33%)	-	-
14-Verifico repetidamente o gás, torneiras e interruptores após tê-los desligados.	-	1 (33,33%)	-	-	-
15-Necessito que as coisas sejam organizadas em uma ordem particular.	-	-	-	-	1 (33,33%)
16-Sinto desconforto quando me deparo com determinados números.	1 (33,33%)	-	-	-	-
17-Lavo minhas mãos mais que o necessário.	1 (33,33%)	-	-	-	-
18-Frequentemente começo pensamentos indecentes dos quais é difícil livrar-me.	-	1 (33,33%)	-	-	-

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

**Quadro 4 - IORC – Inventário de obsessão-compulsão (Sujeito 3)**

Perguntas	0 Nada	1 Um Pouco	2 Moderadamente	3 Muito	4 Extremamente
1- Mantenho da mesma forma o que dá certo.	-	1 (33,33%)	-	-	-
2- Verifico as coisas mais vezes que o necessário.	1 (33,33%)	-	-	-	-
3- Aborreço-me se os objetos não forem organizados corretamente.	-	-	-	1 (33,33%)	-
4- Sinto-me obrigado a contar quando estou fazendo as coisas.	-	-	-	1 (33,33%)	-
5- É difícil tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos.	-	1 (33,33%)	-	-	-
6- Tenho dificuldade em controlar meus próprios pensamentos.	-	-	1 (33,33%)	-	-
7- Junto coisas que não preciso.	-	-	1 (33,33%)	-	-
8- Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas.	-	-	-	1 (33,33%)	-
9- Aborreço-me se os outros mudam a forma como organizo as coisas.	-	1 (33,33%)	-	-	-
10-Sinto que tenho que repetir determinados números.	1 (33,33%)	-	-	-	-
11-Às vezes tenho que me lavar porque me sinto contaminado.	1 (33,33%)	-	-	-	-
12-Aborreço-me pelos pensamentos desagradáveis que tenho contra minha vontade.	-	-	-	-	1 (33,33%)
13-Evito jogar coisas fora porque fico com medo de que eu possa precisar delas.	-	-	-	1 (33,33%)	-
14-Verifico repetidamente o gás, torneiras e interruptores após tê-los desligados.	-	-	-	1 (33,33%)	-
15-Necessito que as coisas sejam organizadas em uma ordem particular.	1 (33,33%)	-	-	-	-
16-Sinto desconforto quando me deparo com determinados números.	1 (33,33%)	-	-	-	-
17-Lavo minhas mãos mais que o necessário.	1 (33,33%)	-	-	-	-
18-Frequentemente começo pensamentos indecentes dos quais é difícil livrar-me.	1 (33,33%)	-	-	-	-

**Fonte:** Coleta de Dados, 2014.

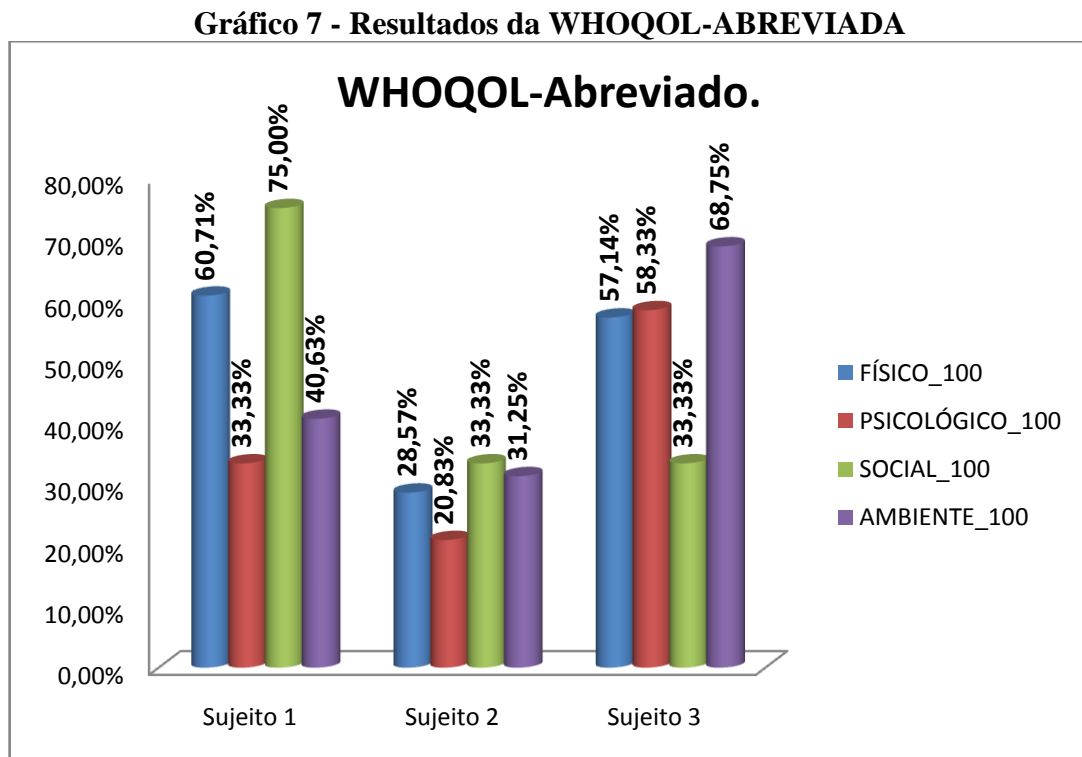
Os sintomas comuns entre os três sujeitos foram respectivamente: 1 - Mantenho da mesma forma o que dá certo, 10 - Sinto que tenho que repetir determinados números, 12 - Aborreço-me pelos pensamentos desagradáveis que tenho contra minha vontade e 16 - Sinto desconforto quando me deparo com determinados números. As temáticas referentes ao tema

obsessão e acumulação não se mostraram relevantes nos resultados do IOC-R, tal como apresentado nos quadros acima.

A análise qualitativa dos resultados dos três casos estudados nos permitiu inferir que a baixa pontuação obtida pelos sujeitos pode estar associada ao fato de que estes já recebem atendimentos psiquiátricos, incluindo terapia medicamentosa e acompanhamento psicoterápico, há no mínimo quatro meses. Um relato comum no decorrer da realização da etapa II desse estudo se refere à redução dos sintomas obsessivos depois de iniciarem os tratamentos.

#### 4.2.3 Resultados e análise descritivas da WHOQOL-abreviado

Neste instrumento, os domínios são avaliados considerando-se a percepção do indivíduo sobre como ele está se sentindo (nas últimas semanas) em relação a aspectos de sua saúde global. Assim, a subjetividade se mostra presente, além disso, sentimentos negativos e sentimentos positivos são facetas avaliadas pelo domínio psicológico do instrumento. Os resultados estão resumidos no gráfico abaixo:



**Fonte:** Coleta de dados 2014.

A análise dos resultados do Whoqol-Abreviado mostraram que no domínio físico a melhor QV foi do sujeito 1 (60,71%), muito próximo do sujeito 3 (57,14%), ambos acima da mediana. Todavia a QV do sujeito 2 se mostrou deficitária (28,57%) o que pode estar associado a gravidade dos sintomas do TOC.

Em relação ao domínio Psicológico o melhor desempenho foi do sujeito 3 (68,75%), distante do sujeito 1 (33,33%) e do sujeito 2 (20,83%). Ressalta-se que o sujeito 2 obteve, neste domínio, a menor de todas as pontuações em todos os domínios, situando-se no primeiro quartil (déficit grave).

O sujeito 1 apresentou o melhor desempenho de QV no domínio Social (75,00%) indicando que o mesmo possui recursos de adaptação social em relação ao sujeito 2 e 3 que obtiveram o mesmo percentual de QV (33,33%), abaixo da mediana.

No domínio Meio Ambiente a melhor QV foi obtida pelo sujeito 3 (68,75%), enquanto os sujeitos 1 e 2 obtiveram resultados situados no segundo quartil, 40,63% e 31,25% respectivamente.

#### **4.2.4 Discussão qualitativa do IHS-Del Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e Análise de conteúdo das respostas das entrevistas realizadas**

Conforme já mencionado, os sujeitos deste estudo foram identificados na etapa I por meio do estudo documental, sendo que o objetivo específico desta etapa se constituiu em: Identificar a prevalência do TOC em uma unidade de saúde mental (CAPS II), momento em que obtivemos 03 casos diagnosticados com TOC.

A fim de alcançarmos nosso objetivo específico da etapa II, buscamos analisar as demandas interpessoais do cotidiano de pacientes com diagnóstico de TOC, no que se refere à utilização de HS em seus contextos de qualidade de vida diária. Entrevistamos os três pacientes por meio de roteiro semiestruturado, tendo como referencial as seguintes questões de pesquisa:

- Quais dificuldades relacionadas às HS e à QV seriam apresentadas pelos pacientes do CAPS II – Porto Velho – RO diagnosticados com TOC?
- De que maneira os pacientes do CAPS II - Porto Velho - RO enfrentam ou não suas demandas sociais diárias e estressantes, frente ao sofrimento psíquico derivado do TOC?
- Como estes pacientes vivenciam as HS em seu contexto de vida diária e como avaliam sua QV?

Para responder estas questões, utilizamos os instrumentos IHS-Del Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e roteiros de entrevistas para facilitar o desenvolvimento da conversação com os pacientes. Houve a necessidade de estabelecer uma conversação espontânea, em que a pesquisadora poderia ou não aprofundar algum tema específico, proporcionando que eles se expressassem livremente sobre o assunto. Os roteiros de entrevistas foram elaborados na busca dos dados necessários para se atingir os objetivos da pesquisa com ênfase nas HS, QV e TOC.

A aplicação dos instrumentos padronizados e entrevistas foram realizadas em sala previamente reservada no próprio CAPS II - Porto Velho – RO, tanto no período matutino, como vespertino (obedecendo a disponibilidade dos pacientes). Em ocasiões agendadas previamente, com a necessidade de preenchimento do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) pelos sujeitos pesquisados.

Cada sessão para a realização do trabalho teve uma duração de 60 minutos e de forma geral transcorreu de maneira tranquila. Os roteiros prévios nortearam e oportunizaram a fala dos pacientes sem registros de dificuldades.

As análises qualitativas foram realizadas a partir do referencial teórico utilizados no decorrer desta pesquisa e as respostas das entrevistas foram sistematizadas a partir da análise de conteúdo segundo Bardin (2011), obtendo a organização apresentada nos quadros abaixo, separados por sujeitos, categorias, unidade de registros e unidades de contextos.

Buscamos articular os objetivos da pesquisa com os conteúdos das entrevistas. A sistematização dos resultados das entrevistas foi o passo inicial para compreendermos como os pacientes com diagnóstico de TOC estabelecem suas relações sociais e a influência destas na QV de cada um. Isso possibilitou, por meio dos relatos das respostas, verificar o impacto do sofrimento psíquico no contexto da vida cotidiana de cada um dos participantes.

A análise que segue, expõe ainda como os pacientes com diagnóstico de TOC enfrentam (no sentido de coping) as adaptações sociais requeridas nas vivências diárias. “Os não” ditos, nas negações, nas contradições, nas aceitações, nos posicionamentos e seus efeitos e afetos, quando há a palavra.

#### 4.2.4.1 Análise e discussão qualitativa do IHS-Dell Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e respostas das entrevistas do sujeito 1

**Quadro 5 - Habilidades Sociais (Sujeito 1)**

CATEGORIA: HABILIDADES SOCIAIS	
UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Moradia	(...) Eu moro com meus pais e uma irmã de 25 anos.
Rotina	(...) Meu dia demora a começar porque acordo tarde. Se houver trabalhos (processos), vou mexer um pouco com isso, senão continuo dormindo. Não me sinto satisfeito com minha rotina. Gostaria de melhorar, mas não sei como fazer. À tarde, assisto televisão, mexo no celular e assisto filmes (às vezes pornografia). À noite, costumo ficar em casa com seus pais.
Vida cotidiana	(...) Não, pois tenho dificuldade de interagir e passo muito tempo dormindo.
Expressão de afetos (positivos e negativos)	(...) Eu acredito que dos pais.
Auto-afirmação	(...) Não, eu não gosto de expressar meus sentimentos.
Relações interpessoais	(...) Eu não consigo fazer isso.
Enfrentamento de situações estressoras	(...) Não consigo iniciar uma conversa, prefiro que as pessoas perguntem ou iniciem o diálogo.
Dificuldades de enfrentamento	(...) Já houve várias situações, mas não me lembro de nenhuma específica.
Habilidades sociais	(...) Em audiências que preciso ir é muito difícil e quando vou a lugares novos, onde não conheço ninguém, fico tenso e prefiro não ir.
Relação Familiar	(...) Meus pais se separaram há 15 anos, quando eu tinha 12 anos. Meu pai é vivo e a profissão dele é policial e a minha mãe é funcionária pública. Tenho dificuldades com minha mãe.
Relacionamentos mais próximos	(...) As dificuldades estão mais em casa, pois recebo críticas dos meus pais. Meus pais dizem que é preguiça.
Grupos Sociais que participa	(...) Eu vou à igreja São Cristovão e ao grupo de oração.
Relacionamento com grupos Sociais	(...) Difícil porque vivo isolado, mesmo não gostando.
Influência de grupos	(...) Eu não sei dizer.
Vida Social e Lazer	(...) Vivo isolado e quase não falo com os vizinhos.
Momentos de lazer	(...) Utilizo as redes sociais e estudo.
Vida social	(...) Eu assisto pornografia regularmente, mais isso não me impede de sair.

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

**Quadro 6 - Qualidade de Vida (Sujeito 1)**

CATEGORIA: Qualidade de Vida	
UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Sono	(...) Durmo bem devido ao medicamento prescrito pelo médico.
Atividades físicas	(...) Eu não faço nenhuma, mas já fiz.
Realização do trabalho	(...) Sim! Eventualmente em casa com autônomo.
Sentimentos positivos no trabalho	(...) Só trabalho em casa.
Inclusão no mercado de trabalho	(...) Sim! Prefiro trabalhar em casa como autônomo, porque eu acho que os escritórios pagam pouco.
Vínculos de amizade no trabalho	(...) Não! E não sei o que devo fazer para melhorar.
Vida profissional	(...) Sim! Não tenho amigos, sinto-me inibido e isso atrapalha no relacionamento com as mulheres na prática sexual.
Trabalho	(...) Prejudica porque a medicação me deixa sonolento e durmo bastante.
Vida sexual	(...) Sinto-me insatisfeito. Tive uma namorada há cinco meses, mas terminei porque ela era ciumenta.
Influência de privamentos	(...) Muito ruim porque tenho dificuldades com as mulheres. Eu temo ter crise.

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.



**Quadro 7 - TOC (Sujeito 1)**

CATEGORIA: TOC	
UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Histórico de doença familiar	(...) Não sei de doenças graves na família, mas sei que meu pai é alcoolista.
Doenças graves	(...) Acho que tive sarampo.
Procedimentos cirúrgicos	(...) Fiz só para extrair os dentes sisos.
Contexto das manifestações	(...) Eu Estava trabalhando intensamente. Com o tempo percebi que estava tendo pensamentos intrusivos sem meu consentimento.
Início dos primeiros sintomas	(...) Aos 21 anos quando trabalhava na FARO como estagiário num projeto de pós-graduação.
Primeiros sintomas	(...) Tive pensamentos relacionados à sexualidade (pornografia) que duraram mais ou menos dois anos, mas agora estou melhor.
Sintomas prevalentes	(...) São bons até eu ter crise de pânico. Aí os sentimentos são ruins, fico sonolento durante o dia.
Pensamentos suicidas	(...) Já sim! Ingeri veneno de rato com medicação.
Sintomas que prejudicam o dia a dia	(...) Atrapalha a vida social, pois sinto necessidade de conferir as coisas, temia e temo a morte, sinto sensação de débito o tempo todo, tenho medo de facas e pensamentos suicidas.
Medicamentos que faz uso	(...) Venlafaxina, Carbolítio, Neozine e Neoleptil.
Consumo de álcool (vícios)	De vez em quando, bebo cerveja. Fico “mais alto” quando bebo e sinto muita dor de cabeça no dia seguinte.

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

Os resultados do IHS-Del Prette evidenciaram um repertório de HS com bastantes dificuldades em todos os fatores, principalmente, no que se refere à autoafirmação, na expressão de sentimentos positivos e autoexposição a desconhecidos e situações novas, que se refletem nas dificuldades de receber e expressar sentimentos nas suas relações sociais como um todo. O inventário de HS mostra ainda um razoável controle da agressividade, evidenciando todo esforço que o paciente realiza para conter seus impulsos agressivos derivados, inclusive, nas relações familiares conflitantes.

A dependência financeira, a insatisfação com a rotina diária e o isolamento social foram marcadamente relatados durante as entrevistas como fatores que prejudicam sua QV e seus relacionamentos sociais.

A perspectiva frente à vida e ao futuro foi significada como negativa no sujeito 1, porque ele não se sente capaz de enfrentar as demandas diárias. O sofrimento gerado pelas situações cotidianas se constitui em um fator que necessita de intervenções mais específicas no seu tratamento, a fim de evitar que o transtorno evolua para um curso crônico.

Um aspecto importante a ser considerado na IOC-R foi a baixa pontuação (33 pontos). Nesse sentido, hipotetizamos que o fato desse paciente já receber tratamento psiquiátrico e psicológico, no mínimo há quatro meses colaborou para a confirmação do relato do mesmo de que aos poucos se sente melhor em relação aos sintomas do TOC (“...antes parecia não ter saída”). A primeira manifestação dos sintomas de TOC foi aos

21 anos e se caracterizou por pensamentos intrusivos, compulsão por pornografia e crise de pânico.

As temáticas de limpeza e organização mostraram maior incidência quanto aos sintomas do TOC, além dos pensamentos intrusivos sobre suicídio com facas e medo de situações sociais que, até os dias atuais, impedem-lhe de trabalhar, namorar, tornar-se independente e até mesmo participar de uma vida mais ativa (frequentar grupos de amigos e relacionar-se sexualmente).

A QV registrada por meio da WHOQOL-abreviada refletiu aquilo que os outros instrumentos (IHS-Del Prette e IOC-R) já mostraram anteriormente, sendo os domínios físicos, psicológico e meio ambiente os menos prejudicados. O domínio social foi o mais afetado.

Observou-se, também, que o comportamento de checagem, o temor à morte e os pensamentos autodestrutivos ainda são bastantes presentes, constituindo-se, assim, em temáticas da psicoterapia, da qual participa o sujeito 1 em abordagem cognitiva e comportamental.

Uma nota sobre o sujeito 1 foi a percepção deste em relação a sua família, onde, ao mesmo tempo em que se sente impotente, mediante aos sintomas do TOC, sente-se protegido por ela, sugerindo uma situação de acomodação familiar muito frequente nas famílias de portadores de TOC.

Guedes (2001) fala que a longa exposição da família aos comportamentos obsessivo-compulsivos ameniza o impacto destes sobre ela e pode, inclusive, ir gradualmente preparando-a para um agravamento dos comportamentos. Além disso, a longa exposição a essa situação pode fazer com que a família não mais reconheça como alterações na sua vida aquilo que faz em função do paciente.

Mesmo assim, a família reage diferentemente a alguns padrões comportamentais do paciente. Aparentemente, alguns tipos de rituais, mais do que outros, produzem acomodação familiar. Rituais de limpeza interferem mais no cotidiano da família e da casa, impedindo a realização das atividades importantes para a família. Do mesmo modo, a lentidão do paciente deve consistente e sistematicamente interferir na vida familiar. Possivelmente, portanto, é o quão intrusivos se tornam esses rituais e essas consequências que determinam o grau de acomodação familiar.

Compreendendo o fenômeno da acomodação familiar, pode-se entender o grau de desgaste e estresse presentes na família. Além do desgaste costumeiramente chamado de físico, possivelmente envolvido em qualquer situação aversiva,

contingências de fuga/esquiva geram, como um de seus subprodutos, sentimentos e sensações que são aversivos e desgastantes para os participantes dessas interações.

Guedes (2001) ainda aponta que, reforço negativo ou contingências de fuga/esquiva submetem as pessoas a um estresse contínuo, a ficar temerosas diante de qualquer mudança ou novidade, a viver “uma vida de quieto desespero”. A presença de controle aversivo marcando o cotidiano, ainda que se mantenha uma aparência de “naturalidade e normalidade”, tem um importante impacto sobre as pessoas. Mesmo a recusa em participar ou se envolver nos comportamentos obsessivos e compulsivos acarreta estresse. As negativas de participação e as providências tomadas na direção de se opor aos comportamentos obsessivo-compulsivos do paciente geram conflitos e tensão. Na verdade, só poder-se-ia esperar ausência de desgaste se fosse possível supor uma família que conseguisse ignorar, não reagir ao paciente, o que, na imensa maioria das vezes, é impossível.

#### ***4.2.4.2 Análise e discussão qualitativa do IHS-Dell Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e respostas das entrevistas do sujeito 2***

**Quadro 8 - Habilidades Sociais (Sujeito 2)**

CATEGORIA: Habilidades Sociais	
UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Moradia	(...) Eu moro com os pais.
Rotina	(...) Geralmente acordo tarde e minha mãe reclama. Às vezes, ajudo nos serviço de casa. De vez em quando o clima está bom em casa, mas na maioria estão em brigas.
Vida cotidiana	(...) Sim. De vez em quando dos pais, mas é difícil, pois eu não gosto de ser tocada e reconheço que tenho dificuldades de ser abraçada, dar beijos etc.
Expressão de afetos (positivos e negativos)	(...) Não. Porque eu não me sinto aceita e nem compreendida, só dou trabalho para meus pais e amigos não tenho.
Autoafirmação	(...) De vez em quando o clima está bom em casa, mas na maioria estão em brigas.
Relações interpessoais Enfrentamento de situações estressoras	(...) Se consigo fazer uma pergunta é com muito esforço.
Dificuldades de enfrentamento	(...) Prefiro nem começar a conversa. Se vou numa festa fico quieta e calada e não falo com ninguém, e é isso que meus pais reclamam que eu não chego nem a tentar.
Habilidades sociais	(...) Não consigo começar uma conversa, não tenho assunto e se tenho penso que as pessoas não se importam.
Relação Familiar	(...) Não consigo expressar minhas opiniões, ideias e pensamentos.
Relacionamentos mais próximos	(...) Ruim porque tem coisas que a mãe fala que me ofende como, por exemplo: mandar-me sair de casa e ir trabalhar.
Grupos Sociais que participa	(...) Sim. Sempre que sou forçada a passar por situações de ir à rua é uma tortura Fico com a sensação de todo mundo fica me olhando, me observando; meu coração acelera daí quero logo ir pro meu quarto.
Relacionamento com grupos Sociais	(...) Eu vou à igreja, cinema, Escola do Legislativo, onde faço curso. Poucos porque não gosto de andar só.
Influência de grupos	(...) Quando decido ou consigo ir, desempenho - me bem; faço amizades rápidas, mas é difícil manter. (...) Procuro a ser simpática, tento me aproximar das pessoas, tipo: faço perguntas.

Vida Social e Lazer	(...) É muito difícil eu sair de casa e só vou quando alguém chama. Por exemplo: sair com os pais (eles brigam para eu sair).
Momentos de lazer	(...) Eu tento ir à academia, mas tenho muita preguiça.
Vida social	(...) Tudo que eu já falei. Meus pais não entendem; acham que é frescura e acaba tendo briga. Eles não me entendem e eu sinto que dou muito trabalho pra eles. Não era assim que eles pensavam que eu iria ser. Queriam que eu fosse uma adolescente normal, mas eu não consigo fazer nada do que eles querem.

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

### Quadro 9 - Qualidade de Vida (Sujeito 2)

CATEGORIA: Qualidade de Vida	
UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Sono	(...) Durmo bem com a medicação.
Atividades físicas	(...) Eu caminho na pista perto da Avenida Jatuarana.
Realização do trabalho	(...) Não.
Sentimentos positivos no trabalho	(...) Não, porque eu não trabalho.
Inclusão no mercado de trabalho	Sim. Não consigo arranjar emprego. Começo as coisas e logo desisto. Para trabalhar não pode ser doente. Não pode ser assim cheio de medo das pessoas.
Vínculos de amizade no trabalho	Não, porque não trabalho.
Vida profissional	(...) Sim. Eu tenho medo de estar em público, falar com pessoas estranhas, tenho pensamentos de medo que se repetem e acabo não saindo de casa.
Trabalho	(...) Não trabalho, então, não tenho como avaliar.
Vida sexual	(...) Não, porque sou incerta, tenho dificuldade para ter namorado.
Influência de privamentos	(...) Muito difícil, pois ninguém sabe direito o que é, uns dizem que é depressão, outros ansiedade, então quando o médico disse que era TOC, eu não sabia o que era, e até hoje não sei direito o que é, só sei que é ruim. A gente se sente estranha
Renda familiar	(...) Porque não tenho renda, sofro, pois sonho em comprar roupas, sapatos, como toda moça jovem.
Metas pessoais	(...) Eu penso em trabalhar, ter uma casa para morar. Pode até ser com uma amiga, mas sofro muito com a pressão dos meus pais.

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

### Quadro 10 - TOC (Sujeito 2)

CATEGORIA: TOC	
UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Histórico de doença familiar	(...) Sei que minha avó materna tem diabetes, minha mãe pressão alta e meu pai tem hérnia de disco.
Doenças graves	(...) Não.
Procedimentos cirúrgicos	(...) Nunca fiz.
Contexto das manifestações	(...) Não associei a nenhum fato específico, mas lembro de que os pais brigavam muito e eu sempre piorava quando presenciava as brigas. Tinha medo do pai e ficava pensando que ele iria agredir a mim e minha mãe, pensava nisso por dias seguidos.
Início dos primeiros sintomas	(...) Desde criança me sentia diferente, mas foi na pré- adolescência, com doze anos, que tive a primeira crise. Isolava-me, tinha pensamentos repetitivos e lavava muito as mãos compulsivamente. É isso que eu lembro.
Primeiros sintomas	(...) Não tenho vontade de fazer quase nada, então, minha rotina fica toda sem fazer. Isso gera brigas e cobranças por parte dos meus familiares.
Sintomas prevalentes	(...) Oscila muito. Às vezes, à noite, penso em ir embora de casa para a casa da minha avó.
Pensamentos suicidas	(...) Já pensei muitas vezes, mas nunca tentei.
Sintomas que prejudicam o dia a dia	(...) Não sei dizer por que procuro fugir de quase tudo, então, saio pouco, e quando consigo quero voltar logo pra casa. Quando bebia perdia a vergonha, e aí, era melhor, mas com a medicação não posso mais beber. Não, porque não me sinto aceita e nem compreendida, só dou trabalho para meus pais e amigos não tenho.
Medicamentos que faz uso	(...) Paroxetina e o outro não lembro.
Consumo de álcool (vícios)	Já bebi muito, agora não bebo mais. Chegava a desmaiar.

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

Trata-se de uma jovem em franco desenvolvimento, que em seus relatos apresentou intenso sofrimento psíquico. As dificuldades mais observadas no contexto das HS foram relacionadas à dependência financeira, isolamento social (afirma não ter amigos e sofrer muito por isso) e dependência da aceitação dos familiares para se sentir bem, embora isso não ocorra na grande parte do tempo. Também não consegue expressar seus sentimentos positivos e negativos, mas consegue aceitar afeto dos pais quando as coisas estão calmas.

O repertório deficitário no IHS-Del Prette foi registrado em 4 dos 5 fatores, sendo o fator de autocontrole da agressividade o menos prejudicado (percentil 35).

Ao evitar situações sociais e isolar-se, reforça a hipótese de que a evitação é a maneira de a paciente enfrentar as demandas da vida diária, como confirma em seu relato: “... dorme muito para não enfrentar os aborrecimentos”. Sua satisfação está associada aos momentos em que consegue ir à igreja, cinema e a cursos técnicos que faz de vez em quando.

Os sentimentos frente às expectativas dos familiares são causadores de sofrimento psíquico incluindo menos valia e baixa estima.

O fato da manifestação do TOC ter ocorrido no início da adolescência dificultou inclusive o curso adequado de sua escolaridade, embora já tenha concluído o ensino médio, enfrentou dificuldades para terminar e ainda não conseguiu ingressar numa faculdade, pois teme o que pode passar. Nesse sentido, verbalizou que a psicoterapia tem ajudado muito, principalmente, depois da medicação prescrita pelo psiquiatra, passou a fazer atividades ao ar livre, ainda que esporadicamente.

Ao IOC-R obteve 28 pontos e as temáticas predominantes foram a neutralização e a limpeza. Em relação à neutralização, inferiu-se que se sente paralisada frente às demandas diárias, o que nos leva a pensar que o sujeito 2 acredita que ao não enfrentar as situações estressoras fica protegido do sofrimento delas derivadas. Sofre por não se sentir produtiva (“... não consegue trabalho”) e, assim, percebe que desaponta seus pais. Os pensamentos obsessivos de fracasso impedem de ter namorado (“... não saio de casa, pois temo ser descoberta”).

O impacto negativo que os sintomas do TOC acarretam nos permitiu inferir que quanto mais cedo ocorre a manifestação do transtorno, maiores são os prejuízos na vida de seus portadores.

Na WHOQOL-abreviada percebeu-se déficits graves em todos os domínios, sendo o social com o menor escore, atribuindo perspectiva negativa em relação à QV,

principalmente no que concerne a vida familiar que, em seu relato, ficou registrado o clima de pânico e tensão (medo de crises de violência no ambiente doméstico) que acarretam sofrimento psíquico desde os doze anos de idade.

Assim, a vivência das HS em seu contexto de vida diário é avaliada e significada como negativa, bem como a pouca perspectiva diante da vida e do futuro.

#### ***4.2.4.3 Análise e discussão qualitativa do IHS-Dell Prette, IOC-R, WHOQOL-abreviada e respostas das entrevistas do sujeito 3***

**Quadro 11 - Habilidades Sociais (Sujeito 3)**

CATEGORIA: Habilidades Sociais	
UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Moradia	(...) Eu moro com minha mãe e meu filho de 11 anos e 08 meses.
Rotina	(...) Pela manhã, eu não trabalho, então faço atividades físicas, psicoterapia e psiquiatria no CAPS. À tarde, eu vou para escola e, à noite, participo dos grupos da igreja, saio com amigos, namorado, etc. Acho que minha rotina é funcional, quase normal, se não fosse à esclerodermia e a compulsão por comida.
Vida cotidiana	(...) Sim, dos familiares, namorado e amigos.
Expressão de afetos (positivos e negativos)	(...) Sim! No momento, sinto-me muito satisfeita.
Autoafirmação	(...) Sim, para as pessoas do meu dia a dia.
Relações interpessoais	(...) Quando alguém me critica ou pega algo sem a devida autorização.
Enfrentamento de situações estressoras	(...) Aonde vou faço amizades. Eu gosto de saber das pessoas, mas, às vezes, percebo que as pessoas não gostam muito.
Dificuldades de enfrentamento	(...) Eu não vivenciei ainda situação assim (risos).
Habilidades sociais	(...) Não me lembro de não conseguir fazer isso porque sempre fui muito briguenta.
Relação Familiar	(...) As pessoas me acham de egoísta, mas eu não me sinto egoísta. Eu fico chateada, brigo, mas depois que passa a crise, eu fico a vontade.
Relacionamentos mais próximos	(...) Não percebi porque vivo em crise.
Grupos Sociais que participa	(...) Vou à igreja, trabalho, escola e amigos. Também frequento um grupo de amigos chamado “Açaí com Libras”.
Relacionamento com grupos Sociais	(...) Muita interação social.
Influência de grupos	(...) Tudo (risos). Eu sou muito requisitada para tudo, projetos, aconselhar pessoas.
Vida Social e Lazer	(...) Quase todo final de semana saio com meu namorado, participo de projetos, mas antes me isolava e tinha pânico (40 dias de isolamento).
Momentos de lazer	(...) Viajo, vou para chácaras, banhos e saio com o namorado.
Vida social	(...) Eu não gosto de receber ordens. Então, quando recebo críticas, tenho crises principalmente com minha mãe.

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

**Quadro 12 - Qualidade de Vida (Sujeito 3)**

CATEGORIA: Qualidade de Vida	
UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Sono	(...) Estão boas. Não tomo mais nada para dormir. Durante o dia, tomo Depakene e Topiramato.
Atividades físicas	(...) Sim! Vou à academia ou faço caminhadas.
Realização do trabalho	(...) Sim.
Sentimentos positivos no trabalho	(...) Readaptada! Trabalho meio período, por causa do pânico, no laboratório de alfabetização.
Inclusão no mercado de trabalho	(...) No início foi difícil, mas depois que recebi o diagnóstico fui readaptada.
Vínculos de amizade no trabalho	(...) Sim, muitos! Parte dos amigos (70%) são do trabalho e os demais (30%) da igreja.
Vida profissional	(...) Não sofro de inibições. Faço amizades rápido, só não mantenho.
Trabalho	(...) Ajuda, porque me acho metódica e para meu trabalho isso é bom, mas demorei a perceber. Eu gosto de sistematizar as coisas.
Vida sexual	(...) Mediana, mas estou trabalhando isso na psicoterapia. Por exemplo: tenho medo de ser tocada, tenho timidez, vergonha.
Influência de privamentos	(...) É muito difícil, pois tenho preconceito comigo mesma, vergonha e muita autocrítica.
Renda familiar	(...) Sim. Tenho que controlar o meu ganho, senão gasto mais do que posso.
Metas pessoais	(...) Eu penso em reconstruir a vida familiar, financeira e o objetivo é casar de novo.

Fonte: Coleta de dados, 2014.

**Quadro 13 - TOC (Sujeito 3)**

CATEGORIA: TOC	
UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Histórico de doença familiar	(...) Sei de esquizofrenia, depressão, cardiopatias.
Doenças graves	(...) Tenho esclerodermia (reumatismo raro que não tem cura). Já fiz quimioterapia oral.
Procedimentos cirúrgicos	(...) Fiz Cesariana e nenhuma outra mais.
Contexto das manifestações	(...) Havia recebido o diagnóstico de esclerodermia e acho que isso foi a causa.
Início dos primeiros sintomas	(...) Aos 14 anos percebi algo estranho. Quando estava com 13 anos recebi o diagnóstico de esclerodermia. Daí desenvolvi compulsão por comida e engordei muito.
Primeiros sintomas	(...) Penso em comer todo tempo no período de crise e fico irritada se alguém critica ou manda parar de comer.
Sintomas prevalentes	(...) Eu era muito ansiosa e agora que emagreci seis quilos, com uso de medicação, estou bem.
Pensamentos suicidas	(...) Tive sim! Cheguei a tentar com remédios em 2008.
Sintomas que prejudicam o dia a dia	(...) Os sintomas da esclerodermia incomodam muito e penso muito em comida, mas agora com a medicação estou melhorando.
Medicamentos que faz uso	(...) Depakene e Topiramato tomo durante o dia.
Consumo de álcool (vícios)	(...) Não, de jeito nenhum eu bebo

Fonte: Coleta de dados, 2014.

O repertório obtido no IHS-Del Prette mostrou-se positivo em quatro dos cinco fatores, sendo o fator 5 (autocontrole da agressividade) o menor escore (percentil 45), o que indica boas habilidades no contexto da vida social. O sujeito 3 relatou seu dia a dia como uma rotina dinâmica e estruturada a partir do seu tratamento para o TOC (faz atividades físicas, psicoterapia e acompanhamento psiquiátrico pela manhã). Afirmou também ter uma rotina praticamente normal, pois trabalha, namora e cuida do filho.

Referiu os fatores limitantes à esclerodermia (doença reumática) e compulsão por comer e gastar dinheiro.

Em seus relatos, não apresentou dificuldades para receber e dar afeto e se sente satisfeita com sua vida social (“... só não estou melhor porque sou muito briguenta e agressiva, às vezes”). O sujeito 3 afirma que não gosta de receber críticas, mas faz amizades com facilidade.

A análise do IHS-Del Prette nos permitiu inferir que o repertório elaborado de HS possibilita um menor sofrimento psíquico e promove uma vida social mais dinâmica, configurando-se como uma perspectiva positiva perante a vida, já que o sujeito 3 participa de grupos da igreja, do seu bairro e do seu trabalho. Atribui sua melhora aos tratamentos que recebe há mais de seis meses, mas reconhece as compulsões por comida e que tem impulsos em gastar mais do que ganha, sendo que esses desafios deverão ser trabalhados na sua psicoterapia.

Ao IOC-R, obteve 29 pontos o que representa uma pontuação baixa. A temática de neutralização e organização foram as de maior pontuação, respectivamente. A predominância de sintomas compulsivos foi evidenciada, o que nos possibilitou inferir que as compulsões são estratégias para reduzir a ansiedade gerada pelas obsessões. As obsessões são percebidas como intrusivas e não controláveis, geram um desconforto marcante e têm um impacto maior na QV do que as compulsões, o que pode ser considerado necessário para o controle da ansiedade e desconforto.

Na WHOQOL-abreviada obteve uma pontuação alta (82 pontos brutos) que sugere uma boa QV. Essa pontuação foi corroborada pela verbalização de que se sente, no momento, satisfeita com sua vida de maneira geral (já não toma mais remédios para conseguir dormir, utilizando remédios apenas para o controle dos sintomas do TOC). Relatou que seu sofrimento atual refere-se aos rituais compulsivos como comer bastante e gastar e depois se arrepender e ficar agressiva caso venha receber críticas.

Na WHOQOL-abreviada, apresentou uma boa perspectiva em relação à QV, embora no domínio social tenha obtido a menor pontuação, o que confirmou os resultados do IHS-Del Prette, em relação às dificuldades do sujeito 3 no tocante a conter seus impulsos agressivos e interagir em seus relacionamentos cotidianos. Os domínios do meio ambiente e psicológico mostraram maiores pontuações 25 e 23, respectivamente.



## 5CONCLUSÃO

O sofrimento psíquico, por sua magnitude e impacto, tem se constituído num dos principais problemas de saúde no mundo.

A depressão, a ansiedade, a esquizofrenia, o TAB, o TOC, o transtorno do pânico e o consumo de álcool/drogas figuram entre as dez principais causa de incapacidade no mundo, dificultando e até impedindo o paciente de trabalhar e realizar outras atividades de seu contexto de vida.

A presente pesquisa, num primeiro momento, obteve dados de prevalência dos TM do CAPS II – Porto Velho – RO, referentes aos pacientes atendidos no decorrer do ano de 2013.

Este estudo teve como primeiro objetivo específico identificar a prevalência de TOC nos pacientes do CAPS II – Porto Velho – RO, após a pesquisa obteve-se também importantes indicadores de HS e QV nos pacientes identificados com TOC, por meio do estudo II.

Uma prevalência de TOC de 0,6% encontrada nos pacientes do CAPS II, pode ser considerada baixa se consideramos os dados da literatura brasileira com populações semelhantes, o que se pode questionar se essa baixa frequência de casos pode estar associada a dificuldades de se realizar diagnósticos adequados ou não?

Em relação à idade, todos se situaram na segunda faixa de idade dos 18 a 28 anos. Apenas uma estava economicamente ativa e readaptada à sua atividade laboral devido à comorbidades do quadro clínico (crises de pânico e ansiedade). A gravidade dos sintomas comprometia a inserção dos outros dois jovens à vida profissional, segundo relato dos próprios pacientes. Todos apresentaram dificuldades tanto nas relações sociais quanto no desempenho de tarefas relacionadas às instâncias família, escola e atividades ocupacionais.

É de consenso entre os autores que pacientes com TM apresentam dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho, conclusão da escolaridade, construção e manutenção de laços afetivos e inclusão em atividades de lazer. Essas consequências afetam inclusive, a vida dos familiares, que por sua vez, sofrem com a ausência de orientações específicas de como lidar com esses pacientes.

Quanto à escolaridade, os perfis dos pacientes se diferenciaram das características encontradas em outros estudos relacionados ao mesmo transtorno. Todos os três casos estudados completaram o ensino médio, dois completaram ensino superior e um cursou pós-graduação *lato sensu*.

A revisão de literatura associada a esse estudo possibilitou-nos observar que índices de prevalência dos transtornos mentais, o TOC, inclusive, podem variar entre as regiões do país e podem variar de acordo com o país estudado.

Nesse sentido, mais estudos sobre prevalências do TOC são necessários para identificar contextos e necessidades regionais específicas. Tais estudos devem incluir diferentes recursos da comunidade onde a população recebe assistência na área de saúde mental e estudos populacionais.

A etapa II deste estudo buscou contribuir na verificação das demandas interpessoais do cotidiano dos pacientes com diagnóstico de TOC atendidos no CAPS II - Porto Velho – RO no que se referiu à utilização das HS em seus contextos de QV diários. Para isso, utilizamos o IHS-Del Prette, IOC-R, WHOQOL - abreviada, Entrevista Roteiro I e Entrevista Roteiro II.

Em relação aos três pacientes identificados com o TOC, observou-se que uma era divorciada e os outros dois estavam solteiros e com muita dificuldade de estabelecer relacionamento amoroso.

Dois dos três pacientes mostraram dificuldades nas reservas de HS, o que se reflete no desempenho social destes, cujo sofrimento psíquico ficou evidenciado, principalmente, no que se refere às relações interpessoais, onde as demandas cotidianas requerem o exercício diário de enfrentamento e, que devido ao TOC, os sujeitos, ainda que em tratamento, relatam ser este um fator desafiador em seu dia a dia.

Quanto às temáticas mais presentes no TOC, registramos aquelas associadas à compulsão por limpeza e neutralização, ou seja, aquilo que gera desconforto é evitado na busca de se proteger do sofrimento potencializado.

O reconhecimento de que a QV se constitui, nos dias atuais, numa temática significativa para a promoção da saúde física, mental e para o bem estar social foi consenso entre vários autores. Desse modo, as limitações na execução de atividades diárias, devido aos sintomas do TOC e por problemas relacionados à adaptação sociais e emocionais provocam sérias dificuldades na operacionalização das tarefas mais simples da dinâmica de vida como um todo.

Em relação à QV, os dados analisados evidenciaram prejuízos importantes no domínio social nos três casos estudados, o que indicou dificuldades nas relações pessoais, na busca de apoio social e nas relações íntimas relacionadas à sexualidade. Dessa maneira, a vivência no contexto das suas HS é avaliada como negativa, o que acarreta uma piora em suas rotinas.

Um ponto em comum, está relacionado a melhora relatada pelos três no âmbito da convivência familiar para receber toque e afeto dos familiares, principalmente após participarem de psicoterapia em abordagem cognitiva e comportamental. Essa abordagem foi a mais citada pelos autores e indicada para esses casos.

A análise dos relatos confirma que quanto mais presença de sintomas de TOC ocorrem, maiores dificuldades na vida social como um todo. É consenso entre os autores que estudos desenvolvidos em pacientes com TOC têm demonstrado que estes apresentam escores de QV mais baixo quando comparados com outros grupos.

Assim, os pacientes estudados apresentaram uma perspectiva negativa em relação à QV possivelmente devido aos sintomas do TOC.

As análises das respostas dos roteiros de entrevistas, depois de sistematizadas em unidades de registro (UR) e unidades de contexto (UC), possibilitou-nos criar as categorias e avaliar à luz dos objetivos estabelecidos e do referencial teórico específico, para esse estudo, as seguintes proposições:

- Os relatos confirmaram os dados coletados nos instrumentos formais (IHS, IOC-R e WHOQOL – abreviada);
- Pacientes com TOC apresentam baixo repertório nas HS, mais sofrimento psíquico na sua vida cotidiana;
- A perspectiva mediante a vida é negativa em relação à qualidade de vida; e
- A vida dos pacientes com TOC é mais prejudicada quando a presença de sintomas é alta e apresenta poucos recursos no enfrentamento de suas dificuldades.

Assim, o trabalho conseguiu reunir dados sobre HS, QV e prevalência em pacientes com TOC, o que representa uma contribuição para a compreensão do tema.

Portanto, é necessário um olhar atento à população que mais cresce no Brasil e no mundo a fim de melhorar a QV e expectativa de vida saudável nesses indivíduos.

As pesquisas que envolvem o TOC têm apresentado demanda de atualizações e apontado a necessidade de maior compreensão em relação à heterogeneidade própria do referido transtorno. Estudos atuais têm relacionado dificuldades dos profissionais da saúde mental, tanto no entendimento da complexidade do TOC, como no processo de intervenção deste, dificultando, assim, o adequado diagnóstico precoce e tratamento contextualizado com as necessidades individuais e até mesmo familiares.

Em síntese a taxa de prevalência encontrada nesse estudo poderia ser maior se considerados o conjunto de sinais, sintomas e comorbidades observados nos prontuários do

CAPS II – Porto Velho - RO. No entanto, somente três casos receberam diagnóstico de TOC, o que demonstra pouco conhecimento a respeito desse transtorno pelos profissionais da saúde.

Estudos futuros devem ser realizados com a utilização desses instrumentos (IHS, IOC-R e WHOQOL-abreviada) com uma população maior, a fim de que sejam possíveis inferências mais consistentes a respeito dos fatores de HS afetados pelo TOC e suas repercussões na QV dos seus portadores.

Este estudo pode contribuir com a população brasileira, uma vez que não encontramos trabalhos com esse delineamento e metodologia que inferia prevalência do TOC em jovens adultos mesmo com amostras pequenas como foi o nosso caso.

Portanto, observa-se que este é um tema de grande relevância, que merece atenção nas políticas de saúde pública e na formação dos profissionais de saúde.

Dessa forma, realizar estudos mais robustos entre HS, QV e prevalência pode ajudar a criar estratégias no serviço público que diminua os riscos de desenvolvimento desta patologia.

Em relação as limitações desta pesquisa, aponta-se:

Em relação ao estudo I uma das limitações se refere às variáveis sociodemográficas que poderiam ter sido mais abrangentes.

Em relação ao estudo II uma limitação se refere ao tamanho da amostra, o que não permite fazer generalizações.

Sugere-se assim, que futuros estudos com essa temática sejam realizados incluindo mais variáveis, como sociodemográficas e um maior número de sujeitos.

## REFERÊNCIAS

ANGÉLICO, A. P.; CRIPPA, J. A.; LOUREIRO, S. R. Utilização do inventário de HS no diagnóstico do transtorno de ansiedade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 467-476, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/prc/v25n3/v25n3a06.pdf>> Acesso em: 28 set. 2013.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV**: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Washington, DC: Author, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002a**. Institui os Centros de Atenção Psicossociais no Brasil. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELLETTINI, F.; GOMES, K. M. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans – SC. **Cadernos de saúde mental**, Florianópolis, v.5, n. 12, p.161-175, 2013.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CABALLO, Vicente E. **Manual de Avaliação e treinamento das HS**. Trad. De Sandra M. Dolinsky. São Paulo: Santos, 2012.

CORDIOLI, A. V. et al. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo**: epidemiologia, qualidade de vida e a acomodação familiar. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/toc/images/profissional/material\\_didatico/Epidemiologia\\_qualidade\\_de\\_vida\\_acomodacao\\_familiar\\_TOC.pdf](http://www.ufrgs.br/toc/images/profissional/material_didatico/Epidemiologia_qualidade_de_vida_acomodacao_familiar_TOC.pdf).> acesso em 02 de abril 2015.

COSTA, Anna Maria Niccolai. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiq. Clín.**, 35 (3); 104-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rpc/v35n3/03.pdf>>. Acesso em 14 mar. 2015.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre, Artmed. 2000.

DELFINI, P.S.S. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da Grande São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Desenvolvimento Hum.** 2009: 19 (2): 226-236.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais**: manual de aplicação. apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

\_\_\_\_\_. **Psicologia das HS: diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Psicologia das HS na Infância: Teoria e Prática**. 3. ed., Petrópolis: Vozes, , 2008.

DE MATHIS, M. A. et al., **Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities**. European Neuropsychopharmacology.22 ago. 2012.

DE MATHIS, M. A. et al. **Trajetória de comorbidades no transtorno obsessivo-compulsivo**. São Paulo, 2011, 397 f. Tese (Doutorado), Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: **DSM-IV**. , 4th ed. Prepared by the Task Force on DSM-IV and other committees and work groups of the American Psychiatric Association. Includes index, Washington, DC 1994.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental.**Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

DINIZ, J. B. et al. Desenhando as novas fronteiras para a compreensão do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão de sua relação com o medo e a ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**,v. 34, n.1, p.81-103, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34s1/pt\\_v34s1a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34s1/pt_v34s1a07.pdf)> Acesso em 02 nov. 2013.

DIRCKSEN, J.B.; DIRCKSEN, G.B.; CAMPOS, I.H. Estresse psicológico em uma área do programa de saúde da família. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.7, n. 15, p. 94-100, 2015.

DYNIIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed., São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2009.

EISEN, J. L. et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. **Compr Psychiatry.**, v. 47, p. 270-275, 2006.

EISEN, J. L., et al. Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. **J Clin Psychiatry**, 74(3), 233-9, 2013.

**ESTUDOS de prevalência.** Disponível em:

<<https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/Modulo1-Estudosdeprevalencia.pdf>> Acesso: 20 de junho de 2015.

FERRÃO, Y. A et al. Características clínicas e história familiar em pacientes ambulatoriais com transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n.3, p. 274-279. 2004.

FLECK, M.P.A. et AL., Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL- bref”. **Rev. Saúde Pública**, 34 (2): 178-83, 2000 [www.fsp.br/rsp](http://www.fsp.br/rsp).

FOA, E. B. et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. **American Journal psychiatry**, 162 (1), 151-161, 2005.

FONTENELLE, L. Aspectos neuropsicológicos do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. (supl II), p. 23:27-30. 2001.

FONTENELLE, L.; MARQUES, C.; VERSIANI, M. The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 7-11, 2002.

FREITAS, L. C. Uma revisão sistemática de estudos experimentais sobre treinamento de habilidades sociais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 15, n.2, p. 75-88. 2013.

GALBAUD, D. F. G.; NEWMAN, S. C.; BLAND, R. C. Psychiatric comorbidity and treatment seeking. Sources of selection bias in the study of clinical populations. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 181, n. 8, p. 467-74, 1993.

GAZZANIGA, M.S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência Psicológica: mente, cérebro e comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOMES, J. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental como intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatri**. Rio Grande do Sul, v.33, n. 2, p. 121-127. 2011.

GRISHAM, J.R. et al. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. **Psychological Medicine** 2011, 41, 2495-2506, Cambridge University Press, doi: 10.1017/S0033291711000894

GUEDES, M.L. Relação família-paciente no Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras Psiquiatria** (supl II): 65-7, 2001.

HERREIRA-JÚNIOR, E.; CAMELLI, P., NITRINI, R. **Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva**. São Paulo, Brasil, 1998.

JEREZ-ROIG, Javier et al., Prevalence of fecal incontinence (FI) and associated factors in institutionalized older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 60, 2015, p. 425-430.

KARAN, S. M. **Deficiência Intelectual em uma coorte de nascimentos**: prevalência, etiologia e determinantes. Tese (doutorado). Universidade do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do adolescente. Porto Alegre, BR-RS, 2014.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry**, v. 51, p. 8-19, 1994. 425-430.

KESSLER, R. C. et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. **Current Opinion in Psychiatry**, 20, 2007, p. 359- 364

LANE, Marian E et al. Prevalence of Perceived Stress and Mental Health Indicators Among Reserve-Component and Active Duty Military Personnel. June 2012, v. 102, No. 6 | American Journal of Public Health, p. 1213-1220.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress**. Appraisal, and coping, New York: Springer Publishing Company, Inc., 1984.

LOPES, A. C. et al. Atualização sobre o tratamento neurocirúrgico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 1, Mar. 2004.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, C. M. et al., Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 16(2), 53-62. São Paulo, SP, maio-ago. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10>>. Acesso em: 10 abr. 2014

MANGUALDE, A.A.S. et al, Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental.**, v. 10, n. 19, Barbacena, Dez. 2013.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: ArtMed, 2007.



MATAIX-COLS, D.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; LECKMAN, J. F. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. **American Journal Psychiatry.**, v. 16, n. 2, p 228-238. 2005.

MELO, I. M. **Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental e prática.** São Paulo: Atheneu, 2009.

MENEZES, M.; DIAS, N.M.; GOTUZO, A. S. Disfunção executiva no transtorno obsessivo – compulsivo e na síndrome de Tourette. **Cuad. Neuropsicol.**, v. 5, n. 1, jul, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v5n1/a04.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2013.

MIGUEL, E. C., et al. The Brazilian Research Consortium on ObsessiveCompulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 30, 185-196, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITSI, C. A.; SILVEIRA, J. M.; COSTA, C. E. Treinamento de Habilidades Sociais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: Um levantamento bibliográfico. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 6, n. 1, p. 49-59, 2004.

MOLINA, M.R.A.L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev. Psiq. Clin.** 2012; 39 (6): 194-7. Disponível em: [Revista.de.psiquiatria@usp.br](mailto:Revista.de.psiquiatria@usp.br).

MURRAY, C.J.L., LOPEZ, A.D. **The global burden of disease.** Cambridge: Harvard University Press, 1996.

MORENO, A.B. et al. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, dez. 2006.

MUNARETTI, C.L. TERRA, M.B. Transtorno de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **J. Bras. Psiquiatria** 56 (2): 108-115, 2007.

OLIVEIRA, A.G. et al. Caracterização dos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo: um estudo epidemiológico, **Cogitare Enferm.** 2012, Out/Dez, 17(4):676-82.

OLIVEIRA, P. A. **HS, depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros: Um estudo correlacional.**, 2010, 90 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Programa de saúde mental da organização mundial de saúde- Genebra. **Grupo WHOQOL**. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL), 2008. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html>>. Acesso em: 04 jan.2014.

\_\_\_\_\_. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

PALMEIRO, N. S. et al. **O perfil do usuário e o diagnóstico prevalente no Ambulatório de saúde mental de Santa Maria-RS**. Anais do XVIII Congresso de Iniciação Científica Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, 2009.

PINHEIRO, R., et al. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

PRAZERES, A. M., SOUZA, W. F., FONTENELLE, L. F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/2420.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

REIS, L. et al. Transtornos Mentais Orgânicos em um ambulatório de saúde mental brasileiro. **Revista Portuguesa de Enfermagem e Saúde mental**, (9), jun 2013 48-53.

REYNOLDS, S.A. et al. Randomized controlled trial of parent-enhanced CBT compared with individual CBT for obsessive-compulsive disorder in young people. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**., v. 81, n. 6, 1021-1026. 2013 American Psychological Association.

RIBEIRO, I.F. et al. **Perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas**. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads>>

ROBBINS, N.; REGIER, D. A. **Psychiatric disorders in America: the epidemiologic Catchment Area Study**. New York: Lybrary of Congress Cataloging-in-Publication Data. 1991.

RODRIGUES-SALGADO, B. et al. **Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors**. BMC Psychiatry, v. 6, n. 20, 2006, doi: 10.1186/1471-244X-6-20. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-244X-6-20>

RUSCIO, A. M et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. **Molecular Psychiatry**, 15, 53-63, 2010.

SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população brasileira adulta: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr.** 2010; 59(3):238-246.

SILVA, J. A. et al. Inventário de Obsessão-Compulsão: análise da validade de um instrumento reduzido de prevalência temática dos sintomas do TOC. **Psico.**, v. 42, n. 4, out/dez p.519-526, 2011. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8894/7460>> . Acesso em: 10 nov. 2013.

SILVEIRA, M. S et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos centros de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Colet.** 2011, Rio de Janeiro, 19 (1), p. 27-32

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 33. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

SOARES NETO, E. B.; TELES, J. B. M.; ROSA, L. C. S. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Psiq. Clin.**,v.38, n. 2, p. 47-52, 2011. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n2/47.htm>> Acesso em: 25 nov. 2013.

SOOKMAN, D., FINEBERG, N.A. Specialized psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder throughout the lifespan: a special series by the Accreditation Task Force (AFT) of The Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders (CIOCD, [www.ciocd.ca](http://www.ciocd.ca)), **Psychiatry Research** 227 (2015) 74-77, Journal homepage: [www.elsevier.com/locate/psychres](http://www.elsevier.com/locate/psychres)

SOUZA, A.R. **Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários.** 2007, Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2007

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde:** uma abordagem biopsicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SULKOWSKI, M. L.; MARIASKIN, A.; STORCH, E. A. Obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in college students. *Journal of American college health.*, v. 59, n. 5, p. 342-348, 2011.

TORRES, A. R.; LIMA, M. C. P. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria.**, v.27, n.3, p. 237- 42. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n3/a15v27n3.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2013.

TORRESAN, R. C. et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev. Psiq. Clin.**,v. 35, n. 1, p. 13-19, 2008.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 834.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1987.

UNITED STATES. **Prevalence of disabilities and Associated health conditions Among Adults**., 1999. Morbidity and Mortality Weekly Report. 23 fev. 2001. academiconetfile.

VIVAN, A.S. **Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo e de sintomas obsessivo-compulsivos e qualidade de vida em adolescentes**. Porto Alegre, 2013, 71 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

\_\_\_\_\_. **World Health Organization: The global burden of disease: 2004 update**. Geneva: WHO; 2008.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA  
NÚCLEO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, R  
G número \_\_\_\_\_ aceito participar como sujeito dos estudos da candidata ao título de Mestre em Psicologia Maria Ivanildes Silva de Azevedo, cujo estudo no qual farei parte tem o título de “HS E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO”.

O objetivo da pesquisa está centrado em verificar a existência de correlações entre HS e qualidade de vida em pacientes com TOC.

Ao assinar este documento concordo com Maria Ivanildes Silva de Azevedo e seu orientador prof. Dr. Fabio Feitosa e demais pesquisadores-assistentes, selecionados para realizar os seguintes procedimentos: em data e hora previamente agendadas por mim em concordância com as possibilidades oferecidas pelo pesquisador, comparecerei ao Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II) a fim de receber esclarecimentos detalhados sobre as avaliações a serem a ser realizadas.

Estou informado (a) de que os instrumentos a serem respondidos individualmente incluem: a) preenchimento do roteiro I da Entrevista Inicial, b) Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-Abreviado, c) Inventário de Obsessão-Compulsão (versão em português), d) Inventário de HS (IHS), e) preenchimento do roteiro da Entrevista Específica (parte II).

Após ler, concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estou ciente de que não há compensação monetária pela minha participação neste estudo, e que é me dada a liberdade de recusar-me a continuar ou de retirar-me o meu consentimento sem penalidade alguma. A qualquer momento posso buscar, junto aos pesquisadores esclarecimentos de qualquer natureza, inclusive os relativos à metodologia do trabalho. Declaro ter ciência de que as atividades são sempre registradas, podendo ser usadas para fins científicos, como publicações e participações em congressos, nos limites da ética e do proceder científico íntegro e idôneo, como também que haverá a garantia da confiabilidade e sigilo de todas as informações colhidas, preservando a integridade física e psicológica dos

sujeitos envolvidos na pesquisa, preceitos que são amparados pelo o código de ética do psicólogo definidos pelo o Conselho Federal de Psicologia. Eu entendo que o ato de responder os instrumentos desta pesquisa poderá se constituir em fatores ansiogênico e estressores. No entanto estou ciente de a minha participação neste estudo terá os benefícios de contribuir para a possibilidade de elaboração de estratégias terapêuticas, preventivas e profiláticas para indivíduos com TOC (transtorno Obsessivo-Compulsivo). Estou ciente ainda de que, caso haja qualquer prejuízo a minha integridade física e psíquica adversa da prevista metodologia da pesquisa, os pesquisadores se responsabilizarão pelo tratamento decorrente.

Os pesquisadores se responsabilizam também em disponibilizar os resultados de pesquisa, através de publicações científicas, seja através de artigos ou resumos científicos, como também em apresentações orais a comunidade científica.

Está esclarecido que posso fazer contato a qualquer momento com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR para quaisquer dúvida ou problemas referentes à minha participação no estudo ou se eu sentir que há uma violação nos meus direitos: Maria Ivanildes Silva de Azevedo: (69) 9984-4516; Prof. Dr. Fabio Feitosa: (069) 8147-6667; Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR: (069) 2182-2000.

Os procedimentos expostos acima foram explicados para mim por Maria Ivanildes Silva de Azevedo e demais integrantes da equipe de pesquisa.

Porto Velho.....de ..... de 2014.

---

Sujeito participante

---

Maria Ivanildes Silva de Azevedo  
Mestranda

**APÊNDICE B - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

1- Nome:

2- Idade:

3- Gênero:

4- Filiação:

5- Estado civil:

6- Escolaridade

7- Realiza alguma atividade laboral ( )sim não ( )  
Qual?\_\_\_\_\_

8- Renda Familiar:



**APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA INICIAL – LARIS/UNIR**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA (UNIR)

MESTRADO EM PSICOLOGIA (MAPSI)

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) MADEIRA MAMORÉ

Parte I: Roteiro da Entrevista Inicial – LARIS/UNIR

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nível de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

- Habilidades Sociais
  1. Com quem você mora?
  2. Como é o seu relacionamento familiar?
  3. Quais são os grupos sociais que você participa? (Ex. Igreja, Trabalho, Faculdade, Escola, Vizinhos, e outros).
  4. Como é a sua relação nos grupos sociais que você participa?
  5. Com que frequência você costuma sair?
  6. Você consome bebidas alcoólicas?
  7. Tem algo que você faz porque as pessoas com quem você anda fazem?
  8. O que você sonha para a sua vida?
  
- Qualidade de Vida
  1. O que você faz nos seus momentos de lazer?
  2. Você pratica atividade física regularmente?
  3. Como são suas noites de sono?
  4. Você se sente satisfeito com a sua vida sexual?
  5. Quais são os seus sentimentos ao decorrer do dia?
  6. Você já teve ou tem idéias suicidas? Já fez alguma tentativa?
  7. Você toma algum remédio? Quais?
  8. Você já fez alguma cirurgia?
  9. Na sua família tem algum histórico de doença?
  10. Você já teve ou tem alguma doença grave?
  
- Qualidade de vida e atividades ocupacionais
  1. Você trabalha?
  2. Você se sente útil no seu ambiente de trabalho?
  3. Você considera o seu ambiente de trabalho favorável para estabelecer vínculos de amizade?
  4. Você considera a sua renda familiar suficiente para ter qualidade de vida?
  5. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

Notas:

## **APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA ESPECÍFICA – TOC**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA (UNIR)  
MESTRADO EM PSICOLOGIA (MAPSI)  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) MADEIRA MAMORÉ  
Parte II: Roteiro da Entrevista Específica – TOC

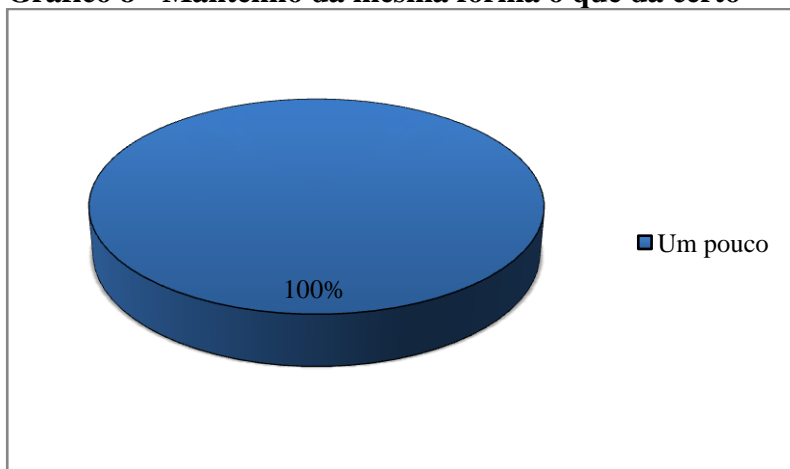
Considerando o TOC como um transtorno heterogêneo que pode se apresentar por meio de uma grande variedade de sintomas. Os principais sintomas do TOC envolvem alterações do pensamento (“obsessões como dúvidas, preocupações excessivas com doenças, com falhas, pensamentos de conteúdo impróprio ou ruim”); do comportamento (rituais ou compulsões, repetições, evitações, lentidão para realizar tarefas, indecisão) e emocionais (medo, desconforto, aflição, culpa, depressão). (CORDIOLI, 2008). Assim solicito sua colaboração respondendo algumas perguntas:

- 1- Quando você percebeu a manifestação do TOC pela primeira vez?
- 2- Consegue lembrar o que estava acontecendo na sua vida naquela época em que o TOC se iniciou? (sondar campo afetivo-social, desafios, trabalho, condição médica, situações de estresse).
- 3- Há sintomas que provocam dificuldades na sua rotina cotidiana?
- 4- Quais são esses sintomas? Quais são os sintomas que mais provocam dificuldades no dia a dia?
- 5- Quais são essas dificuldades? (sondar como prejudicam a qualidade de vida do paciente e das pessoas com quem convive).
- 6- Como é viver na sociedade apresentando o TOC?
- 7- Você já sofreu algum tipo de preconceito por causa do TOC? Como foi?
- 8- Você está satisfeito com os seus relacionamentos mais próximos? (sondar familiares, amigos, par amoroso).
- 9- Você fica inibido na presença das pessoas que não conhece? (sondar reação em caixa de banco, supermercado, ônibus, escola)

- 10- Consegue expressar afetos positivos? Para quem?
- 11- Recebe afeto e apoio de alguém? De quem?
- 12- O TOC dificulta a inserção no mercado de trabalho?
- 13- No seu trabalho como o TOC ajuda ou prejudica?
14. Descreva situações em que é necessário autoafirmar-se e consegue fazê-lo.
15. Descreva situações em que é necessário autoafirmar-se e NÃO consegue fazê-lo.
16. Descreva situações do cotidiano em que consegue iniciar uma conversa mesmo quando não conhece previamente as pessoas presentes.
17. Descreva situações do cotidiano em que NÃO consegue iniciar uma conversa por não conhecer previamente as pessoas presentes.
18. Conte-me como geralmente é um dia da sua rotina de vida. Quando acorda e o que costuma fazer em cada horário até dormir novamente (pedir detalhes das tarefas avaliando a forma como as realiza: de maneira satisfatória ou não satisfatória, funcional ou não funcional, competente ou não competente).

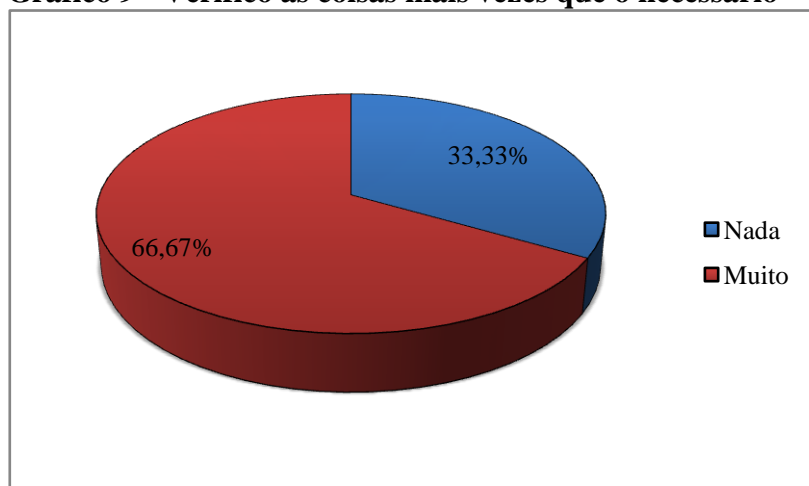
## APÊNDICE E - RESULTADOS DO INVENTÁRIO DE OBSESSÃO-COMPULSÃO (IOCR)

**Gráfico 8 - Mantenho da mesma forma o que dá certo**



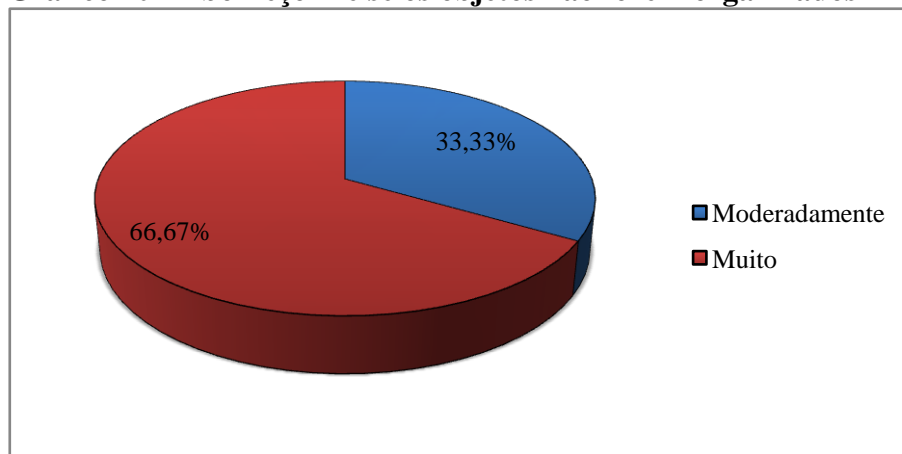
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 9 - Verifico as coisas mais vezes que o necessário**



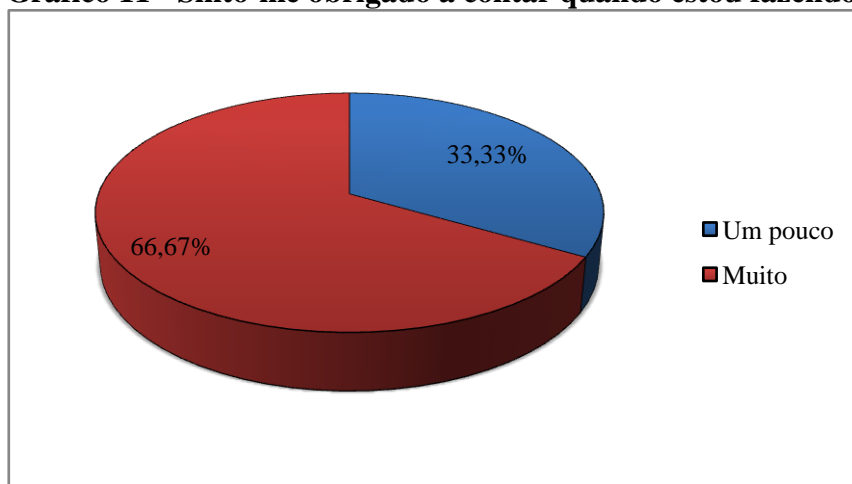
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 10 - Aborreço-me se os objetos não forem organizados**



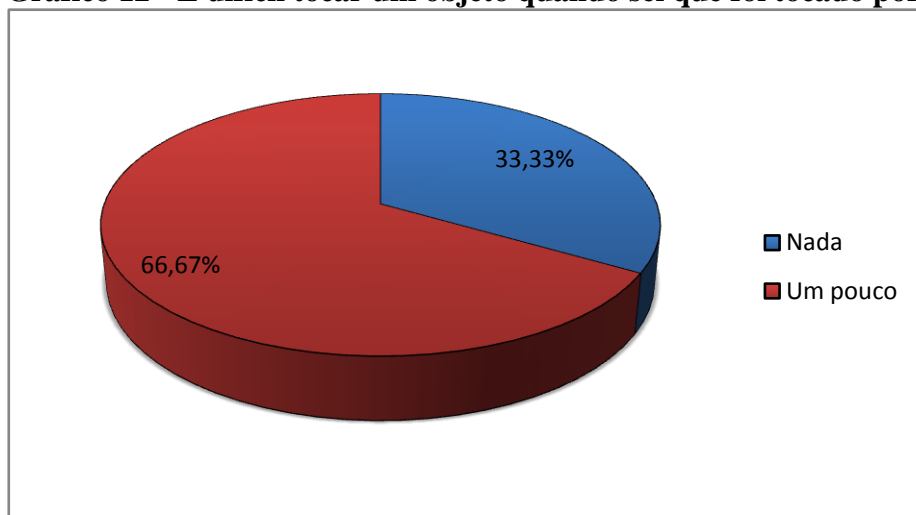
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 11 - Sinto-me obrigado a contar quando estou fazendo as coisas**



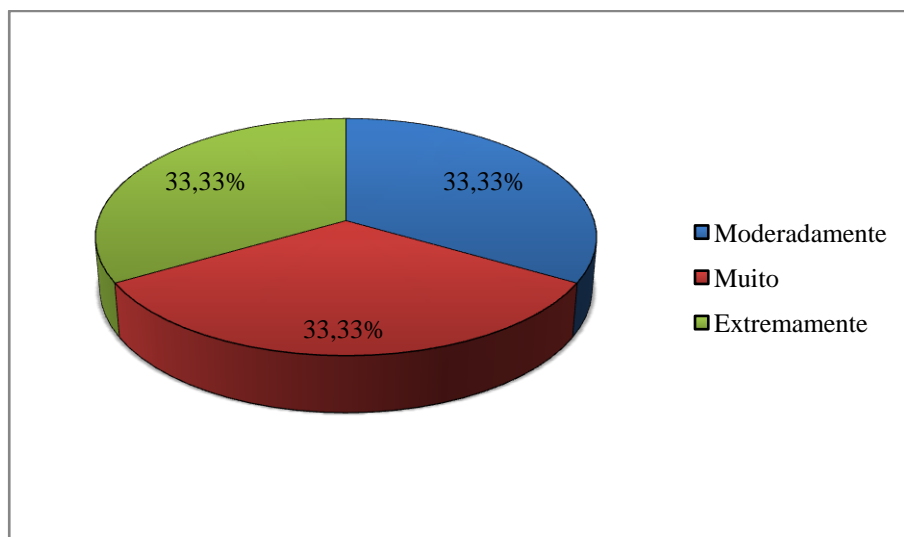
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 12 - É difícil tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos**



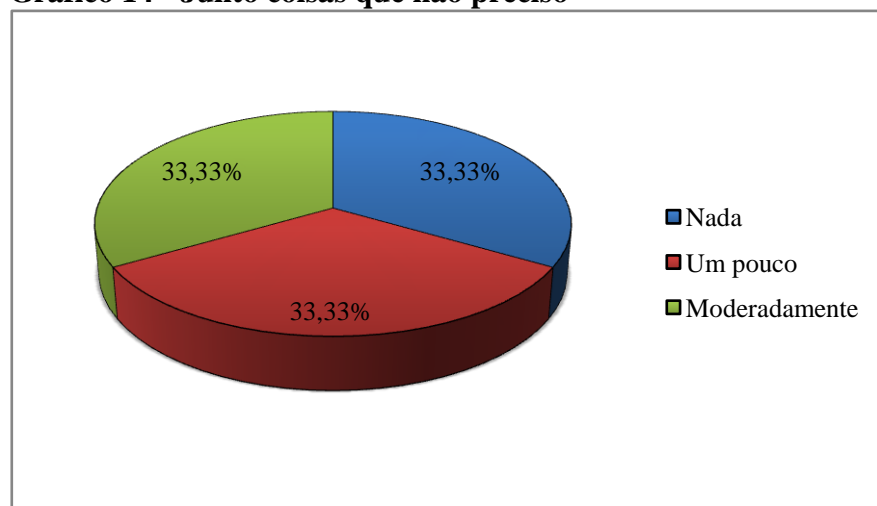
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 13 - Tenho dificuldade em controlar meus próprios pensamentos**



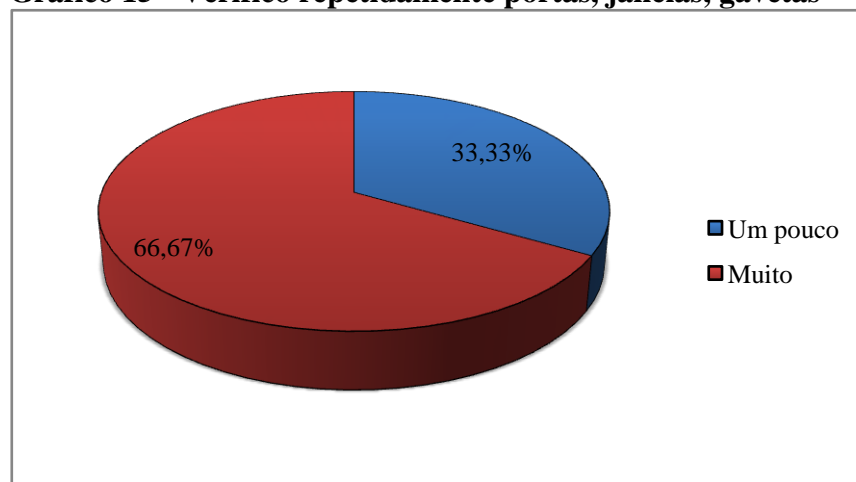
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 14 - Junto coisas que não preciso**

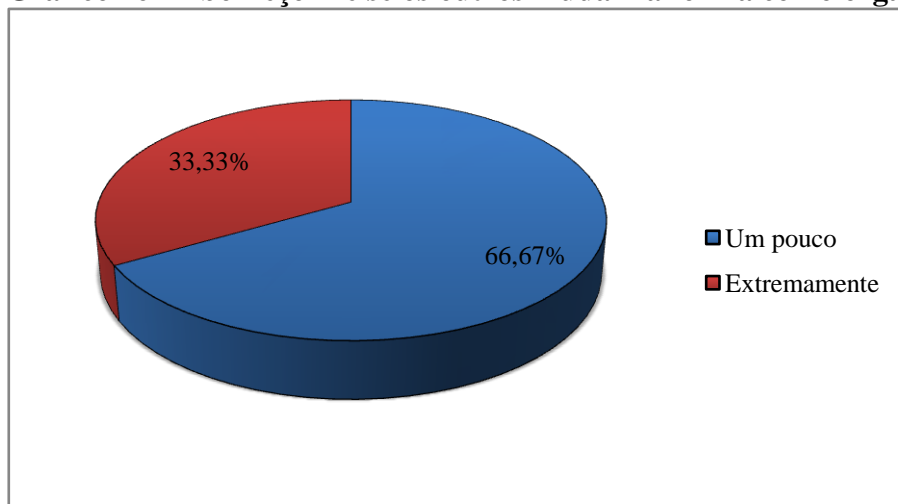


Fonte: Coleta de Dados, 2014.

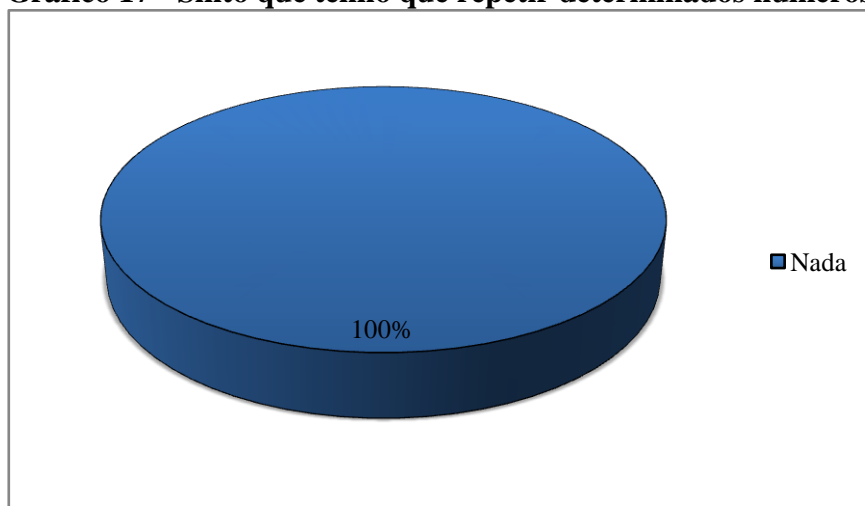
**Gráfico 15 - Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas**



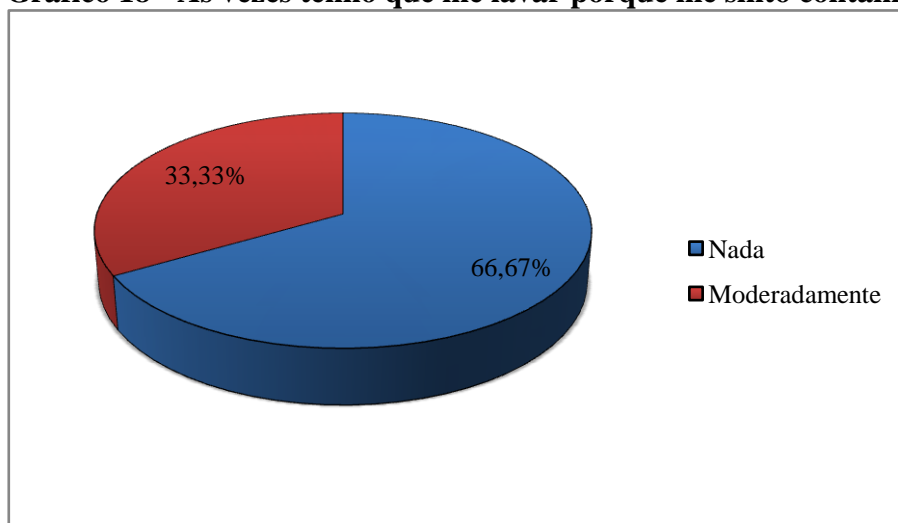
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 16 - Aborreço-me se os outros mudam a forma como organizo as coisas**

Fonte: Coleta de Dados, 2014.

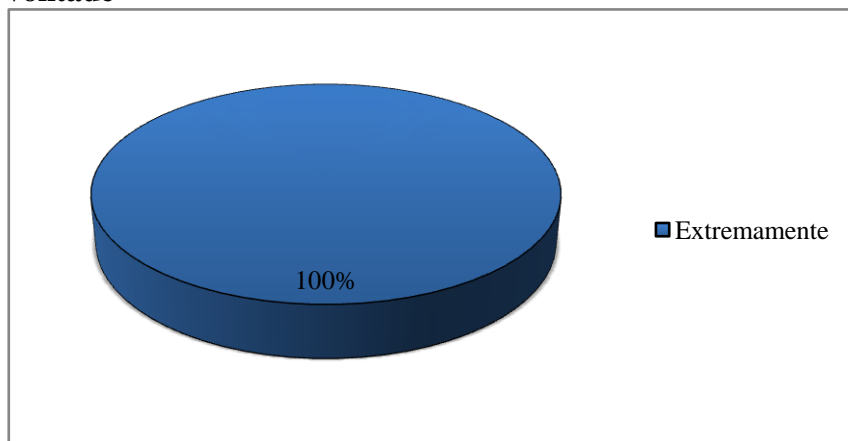
**Gráfico 17 - Sinto que tenho que repetir determinados números**

Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 18 - Às vezes tenho que me lavar porque me sinto contaminado**

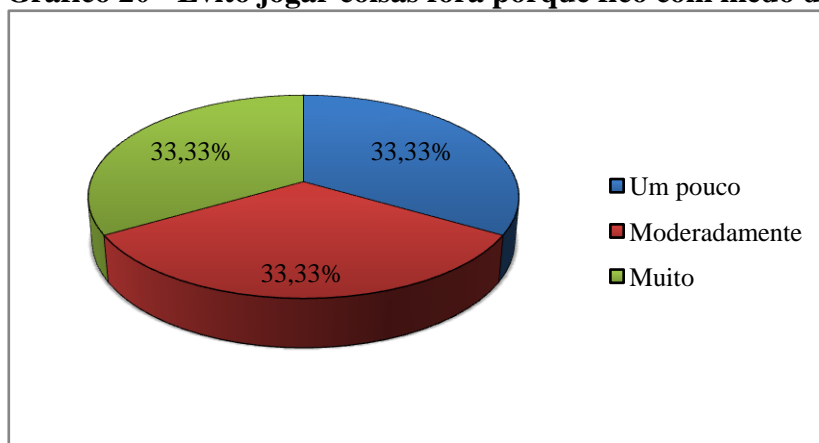
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 19 - Aborreço-me pelos pensamentos desagradáveis que tenho contra minha vontade**



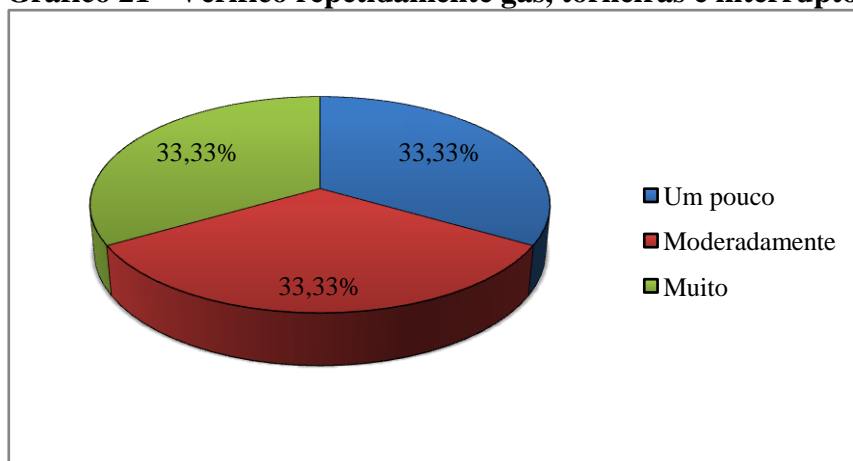
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 20 - Evito jogar coisas fora porque fico com medo de que eu possa precisar delas**



Fonte: Coleta de Dados, 2014.

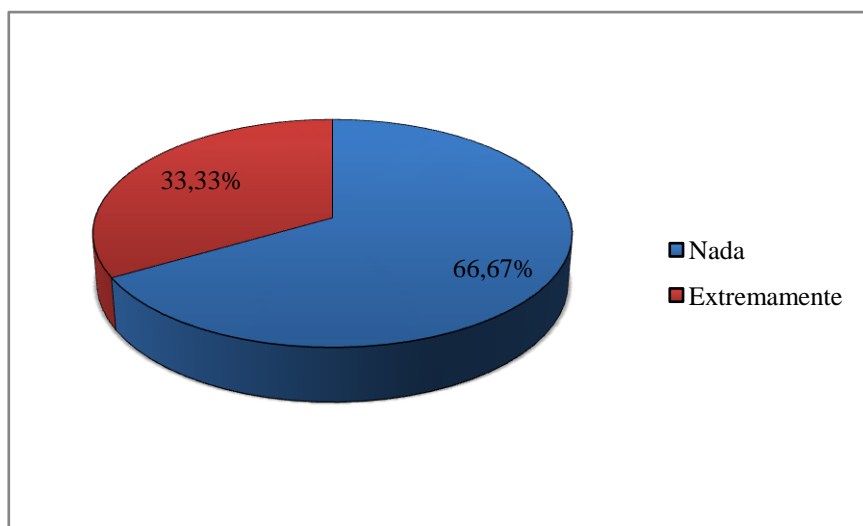
**Gráfico 21 - Verifico repetidamente gás, torneiras e interruptores após tê-los desligado**



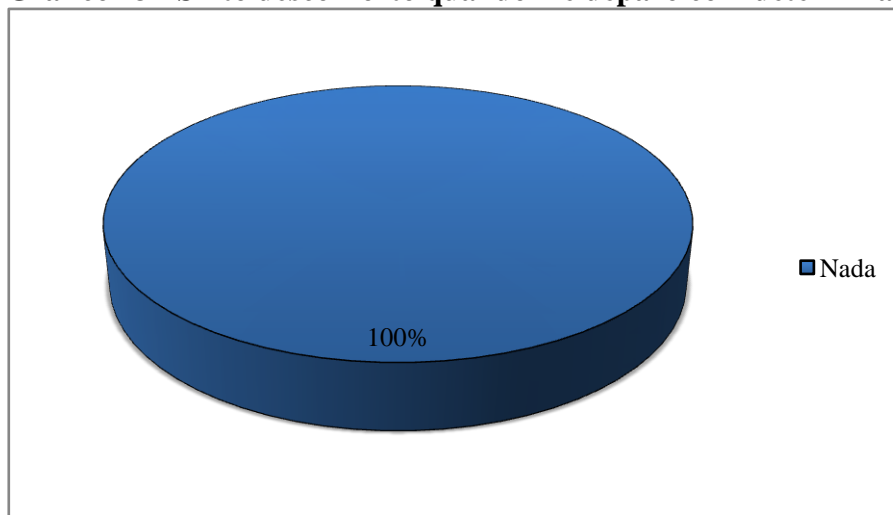
Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 22 - Necessito que as coisas sejam organizadas em uma ordem particular**

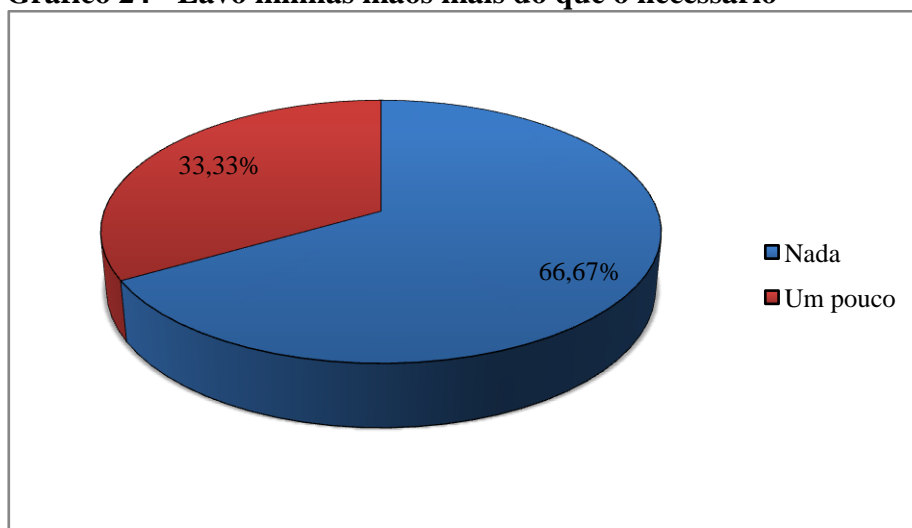




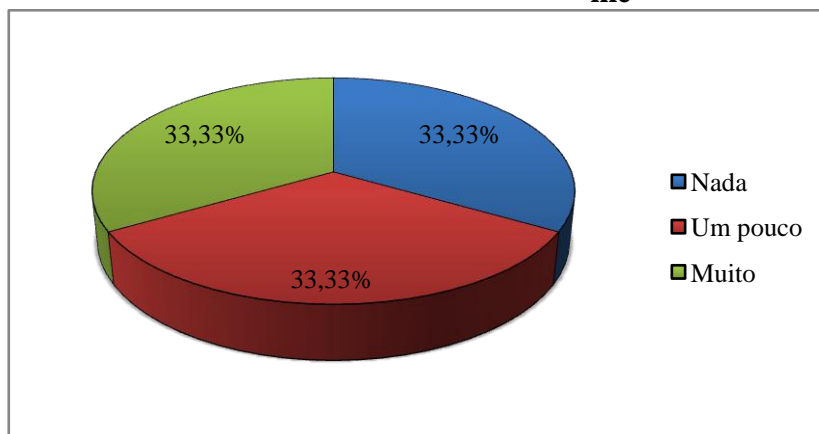
**Fonte:** Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 23 - Sinto desconforto quando me deparo com determinados números**

Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 24 - Lavo minhas mãos mais do que o necessário**

Fonte: Coleta de Dados, 2014.

**Gráfico 25 - Frequentemente começo pensamentos indecentes dos quais é difícil livrar-me**

Fonte: Coleta de Dados, 2014.

## **ANEXOS**

**ANEXO A - WHOQOL-ABREVIADO**

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEVA

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**  
**Professor Adjunto**  
**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**  
**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Porto Alegre – RS - Brasil**

## Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.



Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5



As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



**Inventário de Obsessão-Compulsão de Foa et al. (2002) (Silva et al., 2011)**

As seguintes afirmações referem-se a experiências que muitas pessoas têm em suas vidas cotidianas. Circule o número que melhor descreve quanto que cada experiência tem estressado ou aborrecido você durante o último mês. Os números referem-se aos seguintes códigos verbais:

0	1	2	3	4
Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente

1.	Mantenho da mesma forma o que dá certo.	0	1	2	3	4
2.	Verifico as coisas mais vezes que o necessário.	0	1	2	3	4
3.	Aborreço-me se os objetos não forem organizados corretamente.	0	1	2	3	4
4.	Sinto-me obrigado a contar quando estou fazendo as coisas.	0	1	2	3	4
5.	É difícil tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos.	0	1	2	3	4
6.	Tenho dificuldade em controlar meus próprios pensamentos.	0	1	2	3	4
7.	Junto coisas que não preciso.	0	1	2	3	4
8.	Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas.	0	1	2	3	4
9.	Aborreço-me se os outros mudam a forma como organizei as coisas.	0	1	2	3	4
10.	Sinto que tenho que repetir determinados números.	0	1	2	3	4
11.	Às vezes tenho que me lavar porque eu me sinto contaminado.	0	1	2	3	4
12.	Aborreço-me pelos pensamentos desagradáveis que tenho contra minha vontade.	0	1	2	3	4
13.	Evito jogar coisas fora porque fico com medo de que eu possa precisar delas.	0	1	2	3	4
14.	Verifico repetidamente gás, torneiras e interruptores após tê-los desligado.	0	1	2	3	4
15.	Necessito que as coisas sejam organizadas em uma ordem particular.	0	1	2	3	4
16.	Sinto desconforto quando me deparo com determinados números.	0	1	2	3	4
17.	Lavo minhas mãos mais que o necessário.	0	1	2	3	4
18.	Frequentemente começo pensamentos indecentes dos quais é difícil livrar-me.	0	1	2	3	4



## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Habilidades Sociais e Qualidade de Vida em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

**Pesquisador:** MARIA IVANILDES SILVA DE AZEVEDO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25894414.3.0000.5300

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Rondônia - UNIR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 650.885

**Data da Relatoria:** 25/04/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata o protocolo, de pesquisa para dissertação de Mestrado a ser desenvolvida no Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa. A pesquisadora se propõe a desenvolver um estudo de levantamento (Survey) com usuários diagnosticados com Transtornos Obsessivo Compulsivo (TOC) do CAPS II em Porto Velho RO.

#### Objetivo da Pesquisa:

Apresenta apenas o Objetivo Primário:

Verificar a existência de correlações entre Habilidades Sociais (HS) e Qualidade de Vida (QV) em pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora não haverá riscos aos voluntários. Contudo, na avaliação do protocolo de pesquisa constatou-se que poderá haver desconforto físico pelo tempo exigido no preenchimento dos instrumentos, como também desconforto psicológico. A pesquisadora deverá estar preparada para minimizar a ocorrência destes riscos. Quanto aos benefícios, a pesquisadora considera importante a contribuição da pesquisa na elaboração de políticas públicas que tragam melhoria na saúde mental

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182-2111

**E-mail:** reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 650.885

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, tendo como base o delineamento de levantamento (Survey). Serão entrevistados 125 usuários do CAPS II em Porto Velho, com diagnóstico de TOC. Após a assinatura do TCLE, eles deverão preencher instrumentos para determinar as habilidades sociais e qualidade de vida em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. A amostra clínica será considerada como todos os sujeitos que foram diagnosticados com TOC por meio do levantamento dos prontuários do SAME e dos sujeitos durante o período da pesquisa. Critérios de Inclusão dos sujeitos: Pessoas que apresentam sintomas ou comorbidades relacionados ao TOC obtidos por meio do arquivo do SAME, aqueles pacientes que estarão em acompanhamento durante o andamento do estudo e e ainda aqueles que iniciarão tratamento no decorrer da pesquisa. Como Critérios de Exclusão será a desistência na participação do estudo. Os dados serão analisados com programa estatístico (SPSS 16.0)

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

em relação aos termos de apresentação obrigatórios a pesquisadora cumpriu as exigências apresentando, folha de rosto assinada, autorização do gestor para acesso ao CAPS II, atendeu a exigência de garantia de sigilo e confidencialidade no TCLE, e informação de riscos e benefícios

Quanto aos termos de apresentação obrigatória:

- 1- A Folha de Rosto deverá ser assinada por responsável da Universidade Federal de Rondônia, que é a instituição proponente;
- 2- Anexar autorização do gestor para acesso ao CAPS II;
- 3- No TCLE inserir a garantia de sigilo e confidencialidade das informações, bem como riscos e benefícios na participação do estudo;
- 4- Detalhar orçamento. O cronograma está discriminado somente no projeto original.
- 5- Os instrumentos de coleta de dados estão anexos.

### **Recomendações:**

as pendências foram atendidas, apresentou folha de rosto assinada pelo gestor da UNIR, anexou autorização do gestor para acesso ao CAPS II; arrumou o TCLE inserindo a garantia de sigilo e confidencialidade das informações, bem como riscos e benefícios na participação do estudo; detalhou orçamento. O cronograma está discriminado somente no projeto original.

- 5- Os instrumentos de coleta de dados estão anexos.

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182--2111

**E-mail:** reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 650.885

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

após análise das adequações com base na resolução 196/96/CNS/MS, SOU DE PARECER FAVORÁVEL A REALIZAÇÃO DA PESQUISA PROPOSTA NESSE PROTOCOLO

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO VELHO, 16 de Maio de 2014

---

**Assinado por:**  
**Edson dos Santos Farias**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182--2111

**E-mail:** reitoria@unir.br;cep.unir@yahoo.com.br